

Serviço de Gestão Acadêmica

“Incorporação da Dimensão Subjetiva do Trabalho em Saúde e dos Princípios da Humanização no Processo de Formação dos Enfermeiros nos Programas de Residência e Especialização Oncológica do INCA”

por

Andréa Cristina Fortuna de Oliveira

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre
Modalidade Profissional em Saúde Pública.*

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Inês Carsalade Martins

Rio de Janeiro, julho de 2007.

Serviço de Gestão Acadêmica

Esta dissertação, intitulada

“Incorporação da Dimensão Subjetiva do Trabalho em Saúde e dos Princípios da Humanização no Processo de Formação dos Enfermeiros nos Programas de Residência e Especialização Oncológica do INCA”

apresentada por

Andréa Cristina Fortuna de Oliveira

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Luciana Guimarães Assad
Prof. Dr. Carlos Augusto Grabois Gadelha
Prof.^a Dr.^a Maria Inês Carsalade Martins – Orientadora

Dissertação defendida e aprovada em 30 de julho de 2007.

A U T O R I Z A Ç Ã O

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores.

Rio de Janeiro, 30 de julho de 2007.

Andréa Cristina Fortuna de Oliveira

CG/Fa

Catálogo na fonte

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

O48i Oliveira, Andréa Cristina Fortuna de
Incorporação da dimensão subjetiva do trabalho em saúde e dos princípios da humanização no processo de formação dos enfermeiros nos programas de residência e especialização oncológica do INCA. / Andréa Cristina Fortuna de Oliveira. Rio de Janeiro: s.n., 2007.
75 p., tab.

Orientador: Martins, Maria Inês Carsalade
Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

1.Educação em Enfermagem. 2.Enfermagem Oncológica. 3.Educação Baseada em Competências. 4.Humanismo. 5.Recursos humanos em saúde. 6.Gestão do Conhecimento para a Pesquisa em Saúde. 7.Inovação organizacional. I.Título.

CDD - 22.ed. – 610.73

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha mãe Maria Idalina (in memoriam) que, tenho certeza, deve estar orgulhosa por esta realização. Obrigada por ter me ensinado o valor da responsabilidade, da conquista e do trabalho.

AGRADECIMENTOS

A Deus por atender às minhas preces.

Ao meu esposo, amigo e companheiro Paulo Buffara pelo amor, incentivo e dedicação ao ler, ouvir e fazer críticas construtivas aos meus escritos.

Aos meus queridos filhos Paula, Maria e André pelo carinho, apoio e compreensão nos momentos de realização e ausência inevitáveis durante essa longa caminhada.

Ao meu pai e irmãos, que sempre me incentivaram em minha profissão e não mediram esforços para me ajudar e estar presentes sempre que preciso.

Aos queridos Myrtô e Jorginho, que mesmo estando longe não deixaram de torcer e acreditar em mim.

A minha querida orientadora Maria Inês pelo incentivo, dedicação, carinho e sabedoria na construção deste trabalho.

Ao INCA por oportunizar a realização deste mestrado, proporcionando novos conhecimentos.

Aos professores e coordenadores do Mestrado, pela dedicação, organização e qualidade das aulas ministradas.

Aos membros da banca examinadora por aceitarem gentilmente o convite de participar desta construção.

Às queridas Marluce e Sônia pela eficiência, apoio e torcida durante o curso.

Aos egressos dos cursos de residência e especialização em enfermagem oncológica do INCA por colaborarem como sujeitos de estudo desta pesquisa.

Aos coordenadores dos cursos de pós-graduação em enfermagem no INCA, Bernadete e Joécio, por aceitarem participar do grupo focal e estarem sempre dispostos ao diálogo.

Às relatoras Carmem e Simone, imprescindíveis em seus relatos do grupo focal

À equipe de enfermagem do 6º andar do HCII, pelo incentivo, torcida e cobertura nos momentos de ausência.

Aos funcionários administrativos, Therezinha, Serginho, Renata, Paulo e Edna, sempre prestativos, facilitando em muito o desenvolvimento do trabalho.

Ao Grupo de Trabalho de Humanização pelos conhecimentos adquiridos e a oportunidade de construir juntos as experiências desenvolvidas e relatadas neste estudo.

Aos colegas de turma de Mestrado pela prazerosa convivência e crescimento conjunto; e em especial aos queridos e inseparáveis colegas de turma do INCA, Liliane, Carlos e Paulo, pela amizade, companheirismo, incentivo e união durante essa caminhada.

À Dra Eliana Cláudia pelas contribuições e reflexões críticas no exame de qualificação.

Às amigas Maria Luiza, por me ensinar o caminho das pedras, e Ana Paula pela ajuda na montagem das apresentações.

Ao Walter, pelas traduções, tabelas e auxílios informáticos.

Ao Guga, meu anjo da guarda, sempre alegre, fiel e companheiro.

ÍNDICE

RESUMO.....	9
ABSTRACT	10
INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO 1.....	15
OBJETIVO E MÉTODOS	15
CAPÍTULO 2.....	19
SOCIEDADE DO CONHECIMENTO, COMPETÊNCIA E HUMANIZAÇÃO - REFERÊNCIAS IMPORTANTES PARA A FORMAÇÃO EM SAÚDE.....	19
2.1 A SOCIEDADE DO CONHECIMENTO	19
2.2. O CONCEITO DE COMPETÊNCIA(S) NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL	25
2.3. O CONCEITO DE HUMANIZAÇÃO.....	29
CAPÍTULO 3.....	32
ANÁLISE DOS DADOS	32
3.1. CONTEXTO DE FORMAÇÃO DE ENFERMEIROS LATO SENSU NO INCA	33
3.2 PERFIL DO GRUPO ESTUDADO	36
3.3. O PROCESSO DE FORMAÇÃO NA PERCEPÇÃO DOS EGRESSOS DOS CURSOS DE RESIDÊNCIA E ESPECIALIZAÇÃO DO INCA:.....	39
3.4. ANÁLISE DOS CONTEÚDOS E SUGESTÕES EXPRESSOS PELOS EGRESSOS, NA PERSPECTIVA DOS CONCEITOS DE COMPETÊNCIA E HUMANIZAÇÃO.....	52
CAPÍTULO 4.....	58
EXPERIÊNCIAS PEDAGÓGICAS DE CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO A PARTIR DA REALIDADE DOS SERVIÇOS	58
4.1. CASO CLÍNICO INSTITUCIONAL.....	58
4.2. OFICINAS DE COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS	60
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	65
PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO	71
DESDOBRAMENTOS DA PESQUISA	72
ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO CONSENSUADAS	73
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74
APÊNDICE 1	77
APÊNDICE 2	80
APÊNDICE 3	87
APÊNDICE 4	88
ANEXO 1.....	90

RESUMO

O trabalho em saúde vem passando por transformações em função dos avanços tecnológicos e por um processo de reestruturação produtiva. A dinâmica do crescimento econômico, associada a novas conquistas tecnológicas e a novos conhecimentos, apontam-nos para a necessidade de criação de condições adequadas ao desenvolvimento de novos processos de aprendizagem e rompimento com os modelos tradicionais de formação. A formação na área de saúde tem se apresentado como um grande desafio, tornando-se necessária a introdução de novas estratégias educacionais capazes de articular o conhecimento tácito ao conhecimento teórico. A partir daí surgem questionamentos a respeito da articulação entre conhecimentos gerais e específicos, e entre ensino e serviço no processo de formação dos profissionais. O referencial teórico que orienta a pesquisa tem como base o trabalho em saúde, os conceitos de competência e as diretrizes da Política Nacional de Humanização. Tendo como objeto de análise e de intervenção o processo de formação de enfermeiros em nível de pós-graduação na área de oncologia realizado no INCA, este estudo busca compreender a percepção dos alunos sobre a formação recebida. Visa também à produção de informações e à análise de experiências, apontando estratégias pedagógicas, que possibilitem uma abordagem integradora, capaz de promover o desenvolvimento de competências e a valorização da dimensão subjetiva e social dos sujeitos na perspectiva da humanização da assistência. Essa análise foi desenvolvida por meio de estudo qualitativo com aplicação de questionário e realização de grupo focal. A análise dos resultados e o relato de experiências pedagógicas de construção de conhecimentos a partir da realidade dos serviços apontam-nos para a importância de assegurar a articulação e o diálogo entre teoria e prática, o desenvolvimento de diferentes dimensões de competências e a articulação dos campos da educação e da humanização. Dessa forma, é possível formar novos profissionais, tornando-os capazes de resolver problemas de forma criativa, inovadora e tecnicamente correta.

Palavras-chave: formação em serviço, enfermagem oncológica, competências, humanização, recursos humanos em saúde, gestão do conhecimento, inovação.

ABSTRACT

The work on health, because of the technological advances, has been passing through transformations and a process of reorganization on the production. The dynamics of economical growth, associated with new technological conquers and knowledge, show us the necessity of creating adequate development conditions for the new learning processes and the necessity of breaking the traditional educational models. In the health field the training has been a great challenge, therefore new educational strategies, capable of connecting tacit and theoretical knowledge, are necessary. It creates questioning about the relationship between general and specific knowledge and between the education and the service in the professional's training process. The theoretical reference which guides the research is based on the work on health, the competence concepts and the national humanization politics definition. Being the analysis and intervention subject the training of nurses in after-graduation on the field of oncology realized at INCA, this study intends to understand the perception of students about the information received. It also intends to build information about and to analyze experiences, pointing pedagogical strategies that open way for integrator approaches that are capable of promoting the development of abilities and the valuation of the subjective and social dimensions of people through the perspective of the humanization of assistance. This analysis was developed through qualitative study, applying questionnaires and carrying through focal groups. Viewing the results and the stories about pedagogical experiences of knowledge construction through service's reality, points out: the importance of assuring the relationship and dialog between theory and practice, the development of different dimensions of competences and the relationship between education and humanization. This way it is possible to form new professionals, making them capable of solving problems in a creative, innovative and technically correct way.

Key-words: service formation, oncological nursery, abilities, human resources in health, knowledge handling, innovation.

INTRODUÇÃO

O trabalho em saúde, influenciado pelas mudanças tecnológicas e pelos modos de organização dos processos de trabalho industrial, assiste a uma transformação tecnológica articulada a uma reestruturação produtiva em geral.

É um trabalho que se dá na esfera da produção não material e que se completa no ato da sua realização. Não tem como resultado um produto material independente do processo de produção e comercialização no mercado. O produto é indissociável do processo que o produz, é a própria realização da atividade.

Segundo Mehry (2002), o trabalho em saúde é centrado no trabalho vivo em ato e nos processos de gestão do cuidado, não podendo ser globalmente capturado pela lógica do trabalho morto, expresso nos equipamentos e nos saberes tecnológicos estruturados. Seu objeto não é plenamente estruturado e suas tecnologias de ação mais estratégicas configuram-se em processos de intervenção em ato, operando como tecnologias de relações, de encontros de subjetividades, que estão para além dos saberes tecnológicos estruturados e comportam um grau de liberdade significativo na escolha do modo de fazer essa produção. Por isso, as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde podem ser classificadas em: Leves, Leve-duras e Duras.

As tecnologias leves, que dizem respeito à produção de vínculo, autonomização, acolhimento e gestão do processo de trabalho, são fundamentais, mas são difíceis de serem ensinadas. Tradicionalmente, na área de saúde, o processo de formação está referenciado pelas tecnologias leve-duras, caracterizadas por saberes bem estruturados como a clínica médica, psicanalítica e epidemiológica e pelas tecnologias duras que se caracterizam por um campo de conhecimentos organizacionais (normas e estruturas) e de conhecimentos técnico-científicos (equipamentos e máquinas), nos centros de referência.

A subjetividade do processo de trabalho em saúde se evidencia no encontro do agente produtor, com suas ferramentas e valises¹, com o agente consumidor, tornando-o, em parte, objeto da ação daquele produtor, mas sem que, com isso, deixe de ser também um agente que, em ato, coloca suas intencionalidades, conhecimentos e representações,

¹ Conceito adotado por Merhy, 2002, p93 “... essas valises representam caixas de ferramentas tecnológicas, como saberes e seus desdobramentos materiais e não materiais que fazem sentido de acordo com os lugares que ocupam nesse encontro (profissional da saúde e usuário) e conforme as finalidades que almeja”.

expressos como um modo de sentir e elaborar necessidades de saúde, para cada momento do trabalho.

Assim, o vínculo profissional é construído no diálogo integrado em duas dimensões: savoir-faire (saber-fazer) - centrado no conhecimento técnico-científico e no conhecimento tácito, baseado na experiência profissional, o que respalda a autoridade profissional (diálogo formal) (SROOBANTS apud MARTINS,2002);

savoir-être (saber ser) - centrado na subjetividade e na responsabilidade individual e social, respaldadas pela concepção humanizada da assistência, colocando-se a personalidade do enfermo como valor mais importante do que a saúde e o tratamento (ZARRIFIAN apud MARTINS,2002).

Assim, a prática dos profissionais de saúde traz em seu bojo traços das características pessoais de seus agentes e da sua concepção de mundo (CAMON,2002). No processo de formação de profissionais é preciso identificar as diversas posturas utilizadas na relação profissional/cliente, combatendo a indiferença, justificada muitas vezes pela sobrecarga de trabalho e direcionando-as para um atendimento mais equilibrado e holístico. Desta maneira, o cliente sentir-se-á acolhido em sua dor e o profissional terá o dimensionamento adequado para não se envolver emocionalmente com ele.

A dimensão técnica da competência profissional deve ser agregada à capacidade de se relacionar com o enfermo, buscando entender o seu modo de vivenciar a doença, a fim de ajudá-lo a enfrentá-la e a vencê-la. Frente ao acelerado processo de desenvolvimento tecnológico na área de saúde, deve-se evitar a tendência dos modelos organizacionais de setorizar, especializar, e da busca individual de desenvolvimento. Deve-se evitar que cada um faça a sua parte no processo de atendimento do cliente, não se preocupando com o sujeito doente como um todo, supondo que ele possa ser “fatiado em pedaços” e reduzido a diagnósticos, por abordagens profissionais diferentes, supondo que no fim da linha de produção chegar-se-á a um cliente integralmente atendido e com seus problemas resolvidos.

No contexto do trabalho em saúde, a enfermagem ocupa um papel estratégico na equipe na medida que representa o maior grupo de trabalhadores do setor, sendo aquele que permanece com o paciente nas 24 horas do dia. É responsável pelo trabalho direto ao cliente em toda a sua integralidade, como ser biológico e social. As necessidades daí decorrentes são “cobradas” da enfermagem pelos médicos, pelos clientes, pelos familiares e pelos gestores. Porém, a maioria desse grupo tem pouco poder na estrutura das instituições,

apesar de que quase toda estrutura necessária para o funcionamento do hospital está sob a direção da gerência geral da enfermagem (PIRES, 1996).

No caso específico da área de oncologia, a prática de enfermagem oncológica evoluiu para uma assistência ao cliente e sua família através da educação, promovendo suporte psicossocial, administrando a terapia recomendada, selecionando e administrando intervenções que diminuam os efeitos colaterais da terapia proposta, participando na reabilitação e promovendo conforto e cuidado (SANTANA, 2004).

Na enfermagem, percebe-se uma chance de mudança na fragmentação do trabalho, através da implantação dos “cuidados integrais”, possibilitando um trabalho mais criativo, o aumento do vínculo profissional-cliente possibilitando melhor entendimento do cliente que está sob seus cuidados e de suas necessidades. Porém a lógica da divisão entre saber e o fazer permanece. Os enfermeiros detêm o conhecimento que subsidia as ações de enfermagem e os demais trabalhadores de enfermagem sabem executar as tarefas delegadas.

Nesse sentido, o desafio que se coloca quando se pretende integrar esta dimensão de relacionamento humanizado na formação dos profissionais de enfermagem é o de romper com os modelos tradicionais de formação voltados para a qualificação e referidos unicamente pelo saber técnico-científico. Apesar das diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Enfermagem prever essa dimensão em seu perfil, quando refere que a estrutura do curso deverá assegurar “a valorização das dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno e no enfermeiro atitudes e valores orientadas para a cidadania e para a solidariedade” (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Art.14,2001); acrescenta-se o fato de que esta dimensão não pode ser trabalhada no abstrato, de forma teórica, mas só pode ser apreendida e identificada nas situações de trabalho.

Dessa forma, as especificidades desse processo estão relacionadas com a integração ensino-serviço, por meio do modelo baseado em competências, que associa os conteúdos teóricos básicos e específicos às competências desempenhadas nas atividades práticas.

A formação na área de saúde tem se apresentado como um grande desafio e, no caso do atendimento especializado e de alta complexidade, como é o caso da assistência na área de oncologia o desafio torna-se ainda maior, não só do ponto de vista do conhecimento técnico especializado, mas, sobretudo, da intersubjetividade que se evidencia nesse processo.

Especificamente na área de enfermagem, o cuidado na área de oncologia reveste-se de grande complexidade, requerendo do profissional uma competência que vai além da esfera técnica científica, com implicações em várias facetas de seu existir, dado seu esforço para viabilizar um cuidado ético, lidando com as mais diversas situações que se apresentam no cotidiano.

Com o desenvolvimento da Enfermagem Oncológica no Brasil, a partir de 1984 e a criação da Sociedade Brasileira de Enfermagem Oncológica do Estado de São Paulo (SEOESP), em especial no Instituto Nacional de Câncer INCA, cresce a idéia da criação de um programa que pudesse especializar o enfermeiro no Instituto, devido à escassez de especialistas na área, e à insuficiência do ensino da cancerologia na graduação (SANTANA, 2002).

O desafio proposto neste estudo é trazer a discussão a respeito da importância da mudança dos paradigmas educacionais no contexto dos processos de inovação e desenvolvimento tecnológico para o campo da formação em enfermagem oncológica, realizada no INCA. Isto, considerando que uma política de Ciência e Tecnologia em saúde voltada para as necessidades de saúde da população deve ter como objetivo principal desenvolver e otimizar os processos de absorção de conhecimento científico e tecnológico pelas indústrias e serviços de saúde e sociedade, dando conta de todas as dimensões de cadeia do conhecimento envolvido na pesquisa em saúde.

CAPÍTULO 1

OBJETIVO E MÉTODOS

Tendo como objeto de análise e de intervenção o processo de formação de enfermeiros, em nível de pós-graduação na área de oncologia, realizado no INCA, esse estudo procurou compreender a percepção dos alunos concluintes sobre a formação recebida, entendendo que suas vivências e reações são importantes insumos para a reflexão sobre a prática pedagógica e os resultados obtidos na perspectiva da articulação ensino-pesquisa-serviço. O objetivo geral desta pesquisa foi o de produzir informações e analisar experiências no sentido de contribuir para a avaliação do processo de formação em serviço, na área de enfermagem oncológica no INCA e apontar estratégias pedagógicas que qualifiquem esse processo, através da discussão de novos caminhos que promovam a integração ensino-serviço e da construção de novos sujeitos integrados com novas práticas de saúde.

Com os produtos da pesquisa, foi possível identificar: o perfil dos egressos dos cursos de residência e especialização, atuantes no HCII; o processo de formação na percepção desses egressos e as bases conceituais para reorientação do processo de formação, tendo como eixo o programa de humanização e como estratégia pedagógica uma abordagem integradora que promova o desenvolvimento de competências técnicas, organizacionais, comunicativas, sociais, de cuidado, de serviços e sócio- política.

Com isso, esperamos poder contribuir para a construção de uma base teórico-metodológica, para a formação de enfermeiros pautada na Humanização do atendimento, através da discussão de novos caminhos que promovam a integração ensino-serviço e da construção de novos sujeitos integrados com novas práticas de saúde.

Tendo como universo da pesquisa os alunos egressos dos cursos de residência e especialização em enfermagem oncológica do INCA, este estudo tem por fundamentos: a intersubjetividade das relações, a compreensão do sentido das ações dos sujeitos, a racionalidade presente no senso comum dos atores e do cotidiano e o mundo da vida como fontes de significados, intencionalidade e de racionalidade (MINAYO, 2004).

Schutz (1982) propõe como método da construção do conhecimento, a descrição detalhada e focalizada dos fenômenos sociais em avaliação, tais como eles são vivenciados

no cotidiano (SCHUTZ apud MINAYO, 2004). Essa avaliação procurou entender como os atores se comportam frente ao processo de formação em pós-graduação em enfermagem oncológica no INCA e como interpretam os estímulos à mudança que estão sendo propostas.

Para realização do estudo, foi elaborado e distribuído o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1), aprovado pela Comissão de Ética e Pesquisa do INCA e da Fiocruz, e assinado por todos os participantes.

O trabalho de campo se realizou com a aplicação de um questionário semi-aberto (Apêndice 2) a todos os enfermeiros egressos de residência e especialização em enfermagem oncológica atuantes na Unidade II do INCA (no total de 37), onde se procurou identificar o perfil do grupo estudado, a percepção dos clientes e egressos dos cursos de residência e especialização do INCA sobre a formação recebida e as estratégias de defesa que possibilitem o enfrentamento do desgaste a que é submetido o enfermeiro e, ao mesmo tempo, contemplem a humanização do atendimento aos clientes oncológicos. Foi entregue em envelope não identificado (todos iguais) aos incluídos no estudo, e orientado a devolução dos mesmos a dois funcionários administrativos que os guardaram em um envelope sem identificação, resguardando dessa maneira a privacidade da participação, com os questionários respondidos ou em branco. Esse primeiro momento da pesquisa se desenvolveu no período de Fevereiro a Março de 2007.

Numa segunda etapa, foi aplicada a técnica de grupo focal, realizada no primeiro dia útil de Abril, para qual foi enviada uma carta-convite (Apêndice 3), esclarecendo os objetivos do estudo, e foram convidados a participar alguns enfermeiros preceptores representantes de cada setor do Hospital que recebe os alunos, tais como Unidade de Internação Cirúrgica; Unidade de Internação Clínica; Unidade de Quimioterapia; Consulta de Enfermagem (duas representantes); Centro Cirúrgico; Educação Continuada (no total de sete) e os dois coordenadores de ambos os cursos, perfazendo um total de 9 (nove) participantes.

No início da reunião do grupo, a pesquisadora fez uma apresentação do tema e esclareceu os objetivos da pesquisa e a metodologia a ser adotada, ressaltando a confidencialidade das informações ali produzidas, e a necessidade de gravação em fita k7, para assegurar a fidedignidade do conteúdo para análise posterior. Foi transcrito pela pesquisadora. Foi de fundamental importância a participação de duas relatoras que registraram as informações e colaboraram também com opiniões sobre o tema abordado.A

discussão foi orientada por um roteiro de perguntas (Apêndice 4) partindo do geral em direção ao específico, procurando-se garantir um ambiente não-diretivo. O trabalho consistiu em conversa com este grupo pequeno e homogêneo, de forma planejada, em que se procurou obter informações relativas ao tema específico da incorporação da dimensão subjetiva e dos princípios de humanização desenvolvidos no Instituto e sua abrangência no processo de formação em pós-graduação. Os participantes, formando um total de nove, falaram, dividiram opiniões, discutiram, trazendo à tona os fatores críticos da problemática, permitindo assim a manifestação de uma grande diversidade de idéias, opiniões, conceitos, mostrando atitudes e valores, num ambiente onde os indivíduos interagiram como na vida real.

O coordenador procurou estimular a participação e a integração de todos, impedir a dispersão da questão em foco, escutar com atenção e guiar a discussão de maneira lógica, sendo flexível e aberto a sugestões, controlando o tempo e o ritmo da reunião. Não se buscou o consenso, e sim, mais que tudo, a emergência de todas as opiniões, sendo necessário descobrir as atividades diárias, os motivos, os significados, as emoções, as reações, permitindo espaço para que todos os entrevistados fossem experts de seu próprio mundo.

A técnica de grupo focal permitiu coletar, em pouco tempo e em profundidade, de forma menos onerosa, um volume importante de informação qualitativa, tendo sido fundamental recolher as percepções dos participantes, sem idéia preconcebida e nem hipóteses fechadas a verificar; não existindo respostas certas ou erradas, e sim diferentes pontos de vista. Todos tiveram possibilidades equânimes de apresentar suas concepções e elas foram discutidas e refinadas. Os participantes sentiram-se livres para compartilhar seus pontos de vista, mesmo que divergissem do que os outros disseram. Ao final do grupo, os participantes manifestaram a necessidade de repetir esses encontros entre preceptores e coordenadores para que houvesse troca de idéias e esclarecimento de dúvidas, promovendo um melhor preparo e entendimento da preceptoria. No relato das falas e na análise de conteúdo das discussões do grupo, optamos por identificar os interlocutores através de nomes genéricos de flores, de forma a garantir a confidencialidade das opiniões.

Considerando que a análise dos resultados de uma pesquisa é um processo de elaboração, de procura de caminhos, em meio ao volume das informações levantadas, exigindo dos pesquisadores um esforço para não perder de vista seus propósitos e manter a capacidade de julgar a pertinência dos rumos analíticos em sua contribuição ao exame do

problema (GATTI, 2005), foi efetuada uma análise-síntese dos resultados obtidos, buscando caminhos e significados para o processo de formação em enfermagem no INCA, na perspectiva dos profissionais, visando à otimização do cuidado, maior qualificação da relação profissional-cliente e entre profissionais e um melhor preparo para os enfermeiros atuantes na preceptoria.

Essa busca de significados procedeu-se através da construção de um plano descritivo das falas e respostas dos questionários, destacando-se as diferenças entre as opiniões ou relatos e ressaltando o que foi realmente relevante para o grupo, configurando-se tendências, mostrando-se conexões.

A análise buscou revelar as principais mensagens-chave emitidas pelos participantes, assim como as divergências e convergências entre os grupos de amostra para a elaboração de propostas que contribuíssem com a gestão institucional e com o planejamento de processos educativos, que estivessem articulados com os fundamentos da Política Nacional de Humanização.

CAPÍTULO 2

SOCIEDADE DO CONHECIMENTO, COMPETÊNCIA E HUMANIZAÇÃO - REFERÊNCIAS IMPORTANTES PARA A FORMAÇÃO EM SAÚDE.

2.1 A SOCIEDADE DO CONHECIMENTO

Toda nova cultura e todos os processos de transformação fazem parte de um processo evolutivo na sociedade, resultado de novas conquistas no campo da tecnologia e do conhecimento. Por outro lado, as transformações exigem uma adaptação à nova maneira de se relacionar nos processos de trabalho e produzir novos conhecimentos em um ritmo que não permite que se tornem obsoletas. É preciso estar sempre em busca de novos conhecimentos, procurando constantemente se atualizar e estar sempre inserido, competitivo e articulado com o cenário global, com indivíduos e instituições que, por sua vez, devem dar apoio a essa busca na espera de um crescimento coletivo.

As mudanças e inovações tecnológicas acontecidas nos últimos tempos, associadas ao processo vertiginoso da globalização, evidenciam o papel estratégico que vem ocupando a informação e o conhecimento especializado no mundo do trabalho. Assim, colocam o processo de aprendizado e o incentivo à capacidade inovativa dos profissionais como uma questão central a ser abordada.

No mundo de hoje, a disponibilidade da informação é muito grande, mas é preciso saber transformá-la em conhecimento e adaptá-las para que traga soluções e inovações em todas as áreas profissionais deste cenário dinâmico, em que a necessidade de adaptação a novas realidades é permanente, sendo de fundamental importância a flexibilidade e a adaptação a mudanças frequentes.

Não são apenas os indivíduos que precisam ter essa atitude. As instituições e as organizações também, porque elas são feitas de pessoas que precisam inovar-se, adaptar-se, ampliar seus conhecimentos.

A sociedade do conhecimento é caracterizada pela nova dinâmica de formação de conhecimentos tácitos e codificados; pela crescente importância das transações econômicas focalizadas no conhecimento e das redes de conhecimento; por acelerada mudança qualitativa em produtos e serviços; pela incorporação da criação e implementação de

mudanças como um objetivo dos agentes econômicos; e ritmo acelerado dos processos de aprendizado.

Assim, presume-se que a fonte de recursos mais fundamental na economia moderna seja o conhecimento, e seu processo mais importante, o aprendizado, este considerado na perspectiva neo-shumpeteriana, como um processo interativo, que leva em consideração o contexto cultural e institucional em que acontece. A introdução desses processos no sistema produtivo gera inovação, fator chave para o desenvolvimento.

A distinção entre informação e conhecimento representa um ponto essencial para a compreensão das diferentes perspectivas de análise deste processo. Estas se baseiam na abordagem neoclássica, representada pelo pensamento de Marshall e na abordagem neo-schumpeteriana defendida, entre outros, pelos autores Schumpeter, Freeman e Lundvall. Segundo a teoria neoclássica, o aprendizado está vinculado à mera aquisição e acúmulo de informação através da experiência e observação. Não há distinção entre informação e conhecimento. O conhecimento genérico e codificado pode ser transmitido em diversos formatos, acessível a qualquer firma, a custo irrelevante e adquirido sob forma de equipamentos ou técnicas no mercado. Já para os neo-schumpeterianos o aprendizado se dá pela interação. O que realmente importa para o desempenho competitivo é a habilidade para o aprendizado (e para o esquecimento) dos agentes econômicos e não o estoque de conhecimentos (LUNDVALL, 1995). O processo de aprendizado envolve o manuseio e processamento das informações e sua agregação na forma de conhecimento. O diferencial passa a ser a capacidade de construção de competências e qualificações.

Segundo Lundvall (1995), o processo de aprendizagem por interação pressupõe um fluxo sistemático de informações entre os agentes econômicos; o estabelecimento de relações de confiança mútua consolidada através do aprofundamento do processo de aprendizado entre os atores econômicos; a existência de um sistema de incentivos que evite o rompimento dos vínculos entre os atores, tendo em vista os benefícios relacionados aos novos relacionamentos; o aprofundamento das relações dos processos de aprendizagem interativo tendo um horizonte mínimo de tempo e a constituição de um espaço econômico próprio.

A forma tradicional de produção do conhecimento, conhecida como Modo 1 caracteriza-se por ocorrer em ambientes acadêmicos, onde os problemas são estabelecidos e resolvidos em um contexto regido pelos sistemas disciplinares, caracterizados pela homogeneidade e hierarquia.

Na nova forma de produção do conhecimento, chamada de modo 2, o conhecimento é gerado em contextos sociais e econômicos mais amplos, transdisciplinares, heterogêneos, heterárquicos e transitórios. O Modo 2 tem seu controle de qualidade acadêmico e não acadêmico e inclui um conjunto mais amplo de atores, sendo mais socialmente reflexivo e responsável. O conhecimento é criado em uma grande variedade de organizações e instituições e é produzido por negociação contínua. As pessoas trabalham em equipes e redes de trabalhos temporários que se dissolvem quando o problema é resolvido. O modo 2 suplementa o modo 1, havendo uma interação entre as duas formas de produção de conhecimento. (GIBBONS et al,1997).

Nessa linha de pensamento, aprender a aprender torna-se um processo fundamental e envolve tanto componentes formais como tácitos. Mais grave do que não possuir frentes de acesso a informações é não dispor de capacidade de aprendizado e conhecimento suficiente para fazer uso das mesmas.

São, portanto, os processos de aprendizado, o acúmulo do conhecimento, os avanços científicos, técnicos e organizacionais, os elementos que, codificados em vários formatos informacionais, introduzem inovações, e irão continuamente transformar o sistema econômico.

“O que sabemos é mais do que conseguimos falar ou escrever”. (POLANY apud VARGAS,2002, p.25) As formas codificadas do conhecimento incluem os conhecimentos tecnológicos (incorporados em máquinas e produtos finais) e organizacionais, transmitidos através da comunicação formal entre os agentes e aos quais se tem acesso no mercado, podendo ser reproduzidos, estocados, transferidos, adquiridos, comercializados. Já os conhecimentos tácitos são aqueles cujo processo de aprendizagem é dependente do contexto e das formas de interação sociais específicas, envolvendo saberes sobre o processo produtivo, que não estão disponíveis em manuais, saberes gerais e comportamentais, capacidade de resolução de problemas não codificados, e capacidade de estabelecer vínculos entre situações e interagir com outros recursos humanos.

“As novas formas de codificação do conhecimento mudam a fronteira entre conhecimento tácito e codificado. O conhecimento tácito adquire um significado maior, acentuando a importância de processos locais de desenvolvimento tecnológico, inovação e competitividade” (CASSIOLATO apud LASTRES; ALBAGLI, 1999, p. 15). Nesse sentido, percebe-se a importância de estimular o desenvolvimento local e transformar o espaço de trabalho em espaço de aprendizagem.

A criação de condições adequadas ao pleno desenvolvimento de processos de aprendizado constitui uma pré-condição básica para superação de hiatos inovativos e para a própria dinâmica do crescimento econômico.

Assim, o aprendizado interativo e o empreendimento coletivo, as firmas e as instituições de pesquisa são fundamentais no processo de inovação. O aprendizado também acontece em conexão com atividades de rotina, na produção, distribuição e consumo, produzindo inputs para a inovação.

”Um fator crucial para sobrevivência competitiva das instituições é a capacidade de manter processos de aprendizado diante da complexidade do processo de geração, difusão e uso de novos conhecimentos e da incerteza decorrente da globalização” (VARGAS, 2002).

O investimento em novas tecnologias e em sistemas de informação e comunicação avançada é importante, mas é primordial contar com uma base de conhecimento sustentado por um processo de aprendizado contínuo. É necessária, portanto, a interação de diferentes políticas, o apoio à formação de ambientes que estimulem a geração, difusão e aquisição de conhecimento e o estímulo ao investimento por parte das instituições em seus recursos humanos para mobilizarem habilidades de aprender e incentivar suas capacidades inovativas.

Nesse contexto, o papel das organizações coloca-se como ponto estratégico na formação e produção de conhecimento. As instituições fornecem agentes e grupos com diretrizes para a ação. Estes assumem o papel de orientadores de mudanças, fornecendo a estabilidade necessária para que os esforços inovadores aconteçam e sejam bem sucedidos, em um mundo onde predominam as mudanças e as incertezas e o conhecimento é a única fonte garantida de vantagem competitiva duradoura. As instituições que aprendem são as que buscam a aprendizagem. Não bastando apenas existir, são as que criam sistematicamente novos conhecimentos, disseminando-os pela organização inteira, e rapidamente os incorporam em novas tecnologias e produtos – empresa “criadora de conhecimento”. (NONAKA, 1997).

A nova sociedade exige novos perfis humanos e profissionais. Pessoas com habilidades e conhecimentos múltiplos e desenvolvidos, com competências que atendam às necessidades de mercado com suas mudanças no processo produtivo, através do desenvolvimento e incorporação de novas tecnologias; e da própria realização. Pessoas com pensamento crítico, capazes de projetar seu próprio trabalho, capazes de empreender, de resolver problemas, de inovar e de criar, e de se adaptar às constantes transformações que a

sociedade do conhecimento exige. Pessoas capazes de interagir e reagir às transformações do mundo moderno, no sentido da solidariedade e da equidade, o que no caso da saúde, gera benefícios para o usuário, para o profissional, e maior produtividade para as organizações.

A cobrança da sociedade por uma maior responsabilidade social, por parte das instituições formadoras e dos próprios profissionais nos mostra a relevância da questão da formação profissional continuada na área de saúde.

Do ponto de vista da responsabilidade social, faz-se necessário o desenvolvimento de competências sociais e humanas pautadas na solidariedade do cidadão socialmente responsável e do sujeito-político comprometido com o bem estar coletivo.

Essas competências potencializam-se quando se trata do trabalho em saúde, que se caracteriza por ser reflexivo, exigir decisões que implicam em articulações de vários saberes, vindos da formação geral, profissional e de experiências de trabalho e social. Caracteriza-se pelas incertezas decorrentes da indeterminação das demandas, sendo difíceis a sua normatização técnica e a avaliação de sua produtividade.

“Com as mudanças ocorridas no processo de trabalho em saúde, a constante introdução de inovações tecnológicas e novas formas de organização do trabalho em busca de melhoria de qualificação e produtividade dos serviços, torna-se fundamental ampliar a qualificação dos trabalhadores em saúde, tanto na dimensão técnica especializada, quanto na dimensão ético-política comunicacional e de inter-relações pessoais” (PEDUZZI, 1997).

Nesse contexto, trabalhar a questão da formação de recursos humanos em Saúde numa dimensão integradora, é uma estratégia que pode, em nosso entender, articular a discussão da educação e o conceito de competência à política de humanização da assistência em saúde, assim como os reflexos do progresso científico e tecnológico, promovendo o a formação profissional a partir da realidade dos serviços.

O grande desafio que se apresenta, é o rompimento com modelos tradicionais de formação voltados para a qualificação e para os saberes técnicos e científicos; e a integração de conhecimentos gerais e específicos, estimulando o compromisso e a responsabilização dos profissionais, visando à auto realização.

Para tanto, faz-se necessário buscar novas formas de ensino e de aprendizagem na área de saúde em serviços, que articulem saberes e experiências, promovam a inovação e desenvolvam competências técnicas sociais e relacionais de modo a fortalecer as organizações de saúde. Esses são os principais desafios colocados para a formação em

saúde e que devem ter, em nosso entender, como eixo orientador “o compromisso ético e social de melhoria a curto, médio e longo prazo da saúde da população brasileira” (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA, 2002, p. 10) e como princípio, a humanização do atendimento em saúde.

O progresso científico e tecnológico e a transformação dos processos de produção, resultante da busca de uma maior competitividade, fazem com que os saberes e as competências adquiridas na formação inicial, tornem-se rapidamente obsoletos. Por isso, exigem o desenvolvimento da formação profissional permanente, tornando cada indivíduo saiba conduzir seu destino num mundo onde a rapidez das mudanças conjuga-se com o fenômeno da globalização para modificar a relação que as pessoas mantêm com o espaço e o tempo.

As mudanças ocorridas nas duas últimas décadas no mundo do trabalho exigem que os trabalhadores respondam às demandas da vida profissional de modo criativo e inovador. Para isso, é necessário formar trabalhadores que tenham uma atitude empreendedora e eficiente; senso de responsabilidade; espírito crítico e autoconfiança; crescente autonomia intelectual; honestidade e comportamento ético sendo esse o atual desafio da educação profissional.

Diante das transformações vertiginosas dos tempos atuais, o sentido de pertinência da educação permanente é reiterado de forma crescente. As expressões educação continuada e educação permanente estão vinculadas à necessidade de atualização de conhecimentos após a graduação (RIBEIRO apud MARINS, 2004).

No setor saúde, a educação continuada refere-se a atividades educativas voltadas para grupos de profissionais, com a finalidade de atualização e aquisição de novas informações, com metodologias tradicionais organizadas pela área de recursos humanos das instituições. Já a educação permanente refere-se a uma estratégia de reestruturação e desenvolvimento dos serviços; à transformação de valores e conceitos dos profissionais, transformando-os em sujeitos e inserindo-os no processo de ensino/aprendizagem. Está centrada no reconhecimento do potencial educativo dos espaços de trabalho e na indissociabilidade entre gestão do trabalho e gestão do conhecimento em instituições que buscam a qualidade do cuidado. É, portanto, uma das estratégias que possibilita a construção de um novo estilo de gestão, em que os pactos para reorganizar o trabalho são construídos coletivamente. Não procura transformar todos os problemas em problemas

educacionais, mas buscar as lacunas de conhecimento e as atitudes que são parte da estrutura explicativa dos problemas identificados na vida cotidiana dos serviços.

Para construir um sistema de saúde usuário-centrado é necessário contar com trabalhadores que se responsabilizem por seu trabalho, dispostos a acolher e cuidar; que tenham possibilidade de invenção e criação; recebendo apoio para enfrentar situações que extrapolem a sua governabilidade.

É preciso ensinar os profissionais a tomar decisões sob condições de incerteza, a lidar com a ambigüidade e as mudanças das bases cognitivas e materiais de seu trabalho, enfrentando as novas demandas da sociedade. A vivência e a reflexão sobre as práticas vividas em espaços coletivos, destinados à escuta, à circulação de informação, à elaboração e tomada de decisão, podem produzir, inicialmente, o desconforto, mas esse desconforto irá gerar a disposição para produzir alternativas de práticas e de conceitos, para enfrentar o desafio de produzir transformações, permitindo assim a descoberta de que as pessoas têm o poder de mudar, que os desconfortos podem ser trabalhados na direção da construção de outras interpretações, outras práticas e outros compromissos com os usuários.

Para atender a essas demandas é preciso pesquisar, planejar, utilizar e avaliar métodos, conteúdos programáticos e modalidades de programação de ensino, desenvolvendo assim a capacidade de aprendizagem e as competências profissionais.

2.2. O CONCEITO DE COMPETÊNCIA(S) NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL

O conceito de competência pressupõe não apenas a posse dos saberes escolares ou técnico-profissionais, mas a capacidade dos indivíduos de mobilizar-se para resolver problemas e enfrentar os imprevistos na situação de trabalho, o que coloca em evidência, para além do domínio da técnica e da ciência, as qualificações tácitas ou sociais e a subjetividade do trabalhador.

A formação profissional baseada no modelo de competências e associada à garantia do espaço da palavra, com ênfase para a subjetividade dos profissionais, permite discutir o papel dos profissionais na produção como sujeitos ativos em um processo de reconstrução de sua identidade e não mais como apêndice de máquinas.

Dentro dessa lógica, a estratégia da formação que tem como referência o conceito de competência, abrange uma dimensão profissional, cujo conteúdo não se baseia somente

no preparo técnico-instrumental, mas se amplia na perspectiva da construção de competências técnicas e intelectuais amplas, organizacionais/metódicas, comunicativas, sociais e comportamentais. Ela engloba uma dimensão política, que se integra, indissociavelmente, à dimensão profissional e que possibilita a compreensão da história das pessoas bem como legitimam os atributos e os resultados esperados numa área profissional, permitindo a discussão das distintas concepções, interesses, valores e ideologias que governam a intencionalidade dos processos de trabalho e permeiam os processos educativos.

Trata-se, portanto, de integrar os objetivos de qualificação profissional com a construção de uma identidade individual e coletiva, valorizando-se o desenvolvimento do sujeito e a formação de uma consciência crítica e emancipadora (DELUIZ, 1995).

A formação baseada em competência tem o enfoque na demanda, já que se fundamenta em perfis de competência estabelecidos e validados com a participação dos agentes interessados, fundamentalmente trabalhadores, empregadores e instituições governamentais interessadas.

Diversos autores (CONOCER, 1997; PINTO, 1999 apud IRIGOIN, 2004) conceituam competência como a capacidade de mobilizar diferentes recursos para solucionar com pertinência e eficácia tarefas essenciais da prática profissional, em diferentes situações. Pode ser também entendida como uma série de atributos-conhecimentos (saber), habilidades (saber fazer), e atitudes (saber ser, saber conviver).

Medef definiu competência durante as jornadas internacionais de Deauville:

“A competência profissional é uma combinação de conhecimentos, de saber-fazer, de experiências e comportamentos que se exerce em um contexto preciso. Ela é constatada quando de sua utilização em situação profissional, a partir da qual é passível de validação. Compete então à empresa identificá-la, avaliá-la, validá-la e fazê-la evoluir”. (MEDEF apud ZARIFIAN, 2001).

Para Zarifian (2001), competência seria a capacidade de enfrentar, com iniciativa e responsabilidade, apoiada por uma inteligência prática do que está ocorrendo e com capacidade para coordenar-se com outros atores para mobilizar suas capacidades e co-responsabilidades, as situações profissionais com as quais se depara. Consiste, portanto, em induzir o uso e o exercício da inteligência, da atenção, do senso de responsabilidade, da antecipação, da autonomia e da imaginação.

Utilizando como referência o diagnóstico da população, a estrutura dos serviços de saúde, a produção dos saberes e o desenvolvimento de tecnologias, torna-se evidente a necessidade de redefinição da forma de organização do processo de trabalho e da conseqüente adequação da formação e da capacidade dos profissionais de saúde (MARINS, 2004).

A formação dos profissionais de saúde não se deve pautar exclusivamente nas exigências do mundo do trabalho, atendendo a uma lógica produtivista do mercado; mas deve ser ampliada e crítica, para que os profissionais possam compreender a saúde como uma produção social e a complexidade de seu fazer a partir da escuta das necessidades dos usuários. Nesse sentido, a integralidade funciona como dispositivo crítico para a formação desses profissionais, para que eles possam operar transformações na política de saúde com vistas a uma produção do cuidado eficaz, humanizado e centrado nas necessidades dos usuários e possam também construir saberes a partir das experiências vividas no trabalho.

A adoção da integralidade como eixo orientador da formação de profissionais de saúde resgata o conceito de omnilateralidade, ou seja, a necessidade de considerar a totalidade na análise de qualquer fenômeno em questão, exigindo uma compreensão integral do mundo e das relações sociais e políticas (SILVA; TAVARES, 2004).

A competência na educação profissional tem a ver com uma combinação integrada de conhecimentos, habilidades e atitudes que conduzem a um desempenho adequado e oportuno em diversos contextos. A flexibilidade e a capacidade de adaptação, como partes de um desenvolvimento integral, que possibilita às pessoas a utilização do conhecimento adquirido, representam a base para o novo tipo de resultado que busca o trabalho e a educação (IRIGOIN; VARGAS, 2004).

A opção conceitual deste estudo baseia-se na amplitude da definição de Neize Deluiz (1995). A formação para o trabalho abrange uma dimensão profissional que se amplia em diferentes conhecimentos e habilidades; tais como: competências intelectuais e técnicas que compreendem habilidades para resolver problemas, formular alternativas e avaliar resultados, pensando estrategicamente, respondendo criativamente às novas situações e atuando preventivamente; competências organizacionais/metódicas ou de gestão, que compreendem a capacidade de se organizar e gerenciar seu tempo e espaço no trabalho, solucionando problemas e tomando decisões; competências comunicativas, necessárias ao trabalho em equipe para maior produtividade e participação dos trabalhadores; competências sociais, que compreendem saberes da esfera social, saberes

informais e tácitos; competências comportamentais necessárias para incorporar a subjetividade do trabalhador na nova organização do trabalho, sendo requisitos indispensáveis a iniciativa, curiosidade, motivação, atenção, responsabilidade, criatividade, vontade de aprender e abertura à mudança; e competências políticas que permitem aos indivíduos refletir e atuar criticamente sobre a esfera da produção e a esfera pública, constituindo-se como atores sociais dotados de interesses próprios que se tornam interlocutores legítimos e reconhecidos.(DELUIZ, 1997).

Pretende-se desenvolver não só as formas como o sujeito se relaciona com a sua própria natureza interna (subjetividade), mas como se confronta com os outros sujeitos com os quais convive e manifesta sua identidade social e política (intersubjetividade), não desvinculando nunca os processos de individualização e de solidariedade.

Nessa perspectiva, a ampliação da qualificação dos trabalhadores em saúde não pode restringir-se a treinamentos pontuais, a formação deve estar orientada para o trabalho como um conceito político educacional abrangente, visando à integração de conhecimentos gerais e específicos, possibilitando o exercício eficiente do trabalho do indivíduo, sua participação ativa e auto-realização.

Os mecanismos de educação para conceber o homem como sujeito integrado às forças sociais e um profissional propositivo perante as transformações da política de saúde, devem possibilitar a apreensão de novas habilidades e a aproximação de diferentes áreas de conhecimentos, projetos, atores e segmentos sociais, ampliando assim a capacidade de contextualizar e resolver problemas de saúde, construir projetos sociais alternativos e reivindicar espaços sócio-políticos assegurando seu poder decisório e a manutenção de identidade cultural.

O processo de construção de competências e habilidades permite aos trabalhadores investir em sua educação, no desenvolvimento de sua capacidade cognitiva, de sua escolaridade e de habilidades comportamentais e relacionais (DELUIZ, 1996). É com essa referência que vem se disseminando na área da saúde o conceito de educação permanente como uma política de capacitação com foco no trabalho. A educação permanente de pessoal de saúde é uma estratégia para reorientar a educação profissional dos trabalhadores de saúde, apresentando-a como um processo permanente, de natureza participativa, na qual a aprendizagem se produz em torno de um eixo central, constituído pelo trabalho habitual desenvolvido nos serviços de saúde.

Os conteúdos do trabalho e as características dos trabalhadores estão se definindo com base em fatores associados ao conhecimento e à capacidade de reação às situações imprevistas do cotidiano. A construção de novos saberes implica na identificação de interesses, na confrontação dos saberes pré-existentes com a realidade, no desequilíbrio com as certezas e desestabilização das convicções e na garantia do diálogo.

Mais do que nunca, a educação deve possibilitar aos trabalhadores em saúde sua participação na sociedade científica e tecnológica, não como objetos, mas como sujeitos, resgatando assim a dimensão política da formação, contribuindo para a construção da identidade social e para a integração plena na cidadania (DELUIZ, 1995).

2.3. O CONCEITO DE HUMANIZAÇÃO

Um dos principais problemas de se trabalhar o conceito de humanização na área da saúde está no fato do mesmo, na maioria das vezes vir atrelado a conteúdos do senso comum, sendo identificado a questões de gênero, de profissão, de voluntariado, pesquisa de satisfação do usuário, limpeza do ambiente e profissionais bem educados, enfim carregado de equívocos, não sendo articulados a novos modelos de atenção e gestão.

O conceito de Humanização, aqui utilizado, tem como princípio a reorganização dos processos de trabalho em saúde, através de transformações nas relações sociais, que envolvam trabalhadores e gestores; e transformações nas formas de produzir e prestar serviços à população. No campo da gestão, inclui a implementação de instâncias colegiadas e horizontalização das “linhas de mando”, valorizando a participação dos atores, o trabalho em equipe, a chamada “comunicação lateral”, a democratização dos processos decisórios, e a co-responsabilização de gestores, trabalhadores e usuários. No campo da atenção, estas transformações têm como diretrizes centrais a acessibilidade e integralidade da assistência, permeadas pela garantia de vínculo entre os serviços/ trabalhadores e população, e avançando para o que se tem nomeado como “clínica ampliada”, capaz de melhor lidar com as necessidades dos sujeitos. Além desses aspectos, essas transformações prevêm mudanças no campo da formação dos trabalhadores, no sentido de habilitá-los a analisar e intervir em seus processos de trabalho (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

A legitimidade desse conceito ganhou novo status quando, em maio de 2000, o Ministério de Saúde regulamentou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) e a humanização foi também incluída na pauta da 11ª Conferência

Nacional de Saúde, realizada em dezembro do mesmo ano. O PNHAH constitui uma política ministerial bastante singular se comparada a outras do setor, pois se destina a promover uma nova cultura de atendimento à saúde (BRASIL. Ministério da Saúde, 2000) no Brasil; tendo como objetivo fundamental, o de aprimorar as relações entre profissionais, entre usuários/ profissionais e entre hospital/ comunidade visando à melhoria da qualidade e à eficácia dos serviços prestados.

O que se pretende é a realização de mudanças nas relações; pautadas na indissociabilidade entre atenção e gestão; na valorização dos diferentes sujeitos; no fomento à autonomia e protagonismo; no aumento do grau de co-responsabilidade através de atitudes; no estabelecimento de grupidades e de vínculos solidários; na melhoria das condições de trabalho e na formação atrelada às experiências concretas e aos processos de mudança das práticas de produção de saúde (Benevides & Passos, 2005).

O maior desafio que se apresenta é o de desidealizar o homem, pensar o humano num plano comum, na experiência concreta dos homens, de um homem qualquer. Para que esta política ganhe concretude é preciso traçar princípios, métodos, diretrizes, dispositivos e ferramentas.

Os dois princípios que norteiam a Política Nacional de Humanização são a transversalidade e a indissociabilidade entre atenção e gestão. A transversalidade implica no aumento do grau de comunicação intra e intergrupos e na desestabilização das fronteiras dos saberes, dos territórios de poder e dos modos instituídos da constituição das relações de trabalho. O princípio da indissociabilidade entre atenção e gestão diz respeito à alteração dos modos de cuidar, implicando em outros modos de apropriação do trabalho; inseparabilidade entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de sujeitos; integralidade do cuidado; e integração dos processos de trabalho.

O método de desenvolvimento da humanização refere-se à tríplice inclusão: inclusão dos sujeitos, inclusão dos analisadores sociais, e inclusão dos coletivos – movimentos sociais e movimentos sensíveis.

As diretrizes são orientações gerais na política, que expressam o método da inclusão no sentido da: clínica ampliada²; co-gestão (compartilhar os processos de trabalho, ou seja,

² Clínica Ampliada – instrumento para que trabalhadores e gestores da saúde possam enxergar e atuar na clínica para além dos pedaços fragmentados, sem deixar de reconhecer e utilizar o potencial desses saberes. (Campos, 2003)

alteração nas relações de poder); saúde do trabalhador; direito dos usuários; ativação das redes sociais; e formação em serviço.

Os dispositivos dizem respeito à atualização das diretrizes em agenciamentos coletivos concretos, tais como: acolhimento com classificação de risco; equipe transdisciplinar de referência; ouvidoria; colegiado gestor (alteração das relações de trabalho, nos modos de poder, de tomada de decisão); visita aberta e direito a acompanhante (alteração no processo com vistas à diminuição do tempo de internação); projetos co-geridos da ambiência (alteração dos processos de trabalho com relação à ambiência); carta de direito dos usuários.

CAPÍTULO 3

ANÁLISE DOS DADOS

Tendo como base o referencial teórico apresentado no capítulo 2, buscaremos analisar a percepção dos egressos dos cursos de pós-graduação lato sensu na área de enfermagem realizados pelo INCA, atuantes no HCII, em relação aos conteúdos ministrados e, mais especificamente, à articulação ensino-serviço, no processo de formação.

Tendo como princípio que construir conhecimento é agregar o saber técnico-científico ao saber narrativo que se refere ao saber fazer, saber ver, saber ouvir e saber perceber o que acontece no mundo, tomamos para nós o desafio colocado pela ministra Marina Silva, ao afirmar que “Quando nós juntamos esses dois saberes, damos um passo importante no nosso processo de adaptação e nos capacitamos para mitigar os impactos e enfrentar as vulnerabilidades”. (SILVA, 2007) ³.

Nesse processo, buscamos articular as duas perspectivas sobre as quais vêm sendo discutidos o processo de formação e o incentivo à capacidade inovativa dos profissionais de enfermagem no INCA. São eles a formação em serviço, uma das vertentes da missão institucional do INCA, e o programa de Humanização do Ministério da Saúde, que está sendo implantado na Instituição.

Através dessa análise, pretende-se compreender como os profissionais que passaram pela formação em enfermagem no INCA, avaliam o seu processo de aprendizagem, qual a ênfase dada às diferentes competências necessárias ao trabalho de enfermagem em oncologia e como estão sendo introduzidos os conteúdos da Humanização.

Defendemos a idéia de que a política de humanização possa atuar como eixo estruturante do programa de formação e que as suas diretrizes e propostas sejam capazes de articular e integrar o saber científico ao saber narrativo e promover a valorização da dimensão subjetiva e social dos sujeitos.

³ Marina Silva, aula inaugural da Ensp/Fiocruz, 12/04/2007.

3.1. CONTEXTO DE FORMAÇÃO DE ENFERMEIROS LATO SENSU NO INCA

A escassez de especialistas na área oncológica levou á elaboração de um projeto para suprir essa carência, desenvolvido pelos enfermeiros do INCA, em 1985, visto que o ensino de cancerologia na graduação era praticamente inexistente. (SANTANA, 2005) O Programa de Residência em Enfermagem do INCA, então aprovado pelo Ministério da Saúde no processo MS0032/86, iniciou suas atividades em 2 de Junho de 1986.

A Coordenação de Ensino e Divulgação Científica (CEDC), responsável pelo desenvolvimento e coordenação dos cursos de pós-graduação lato senso em enfermagem do INCA, foi criada em 1997. Essa coordenação está ligada diretamente à Direção Geral e atende a todas as Unidades do INCA. Tem como objetivo estratégico na educação:

“Formar e qualificar recursos humanos em todos os níveis para o controle do câncer no país; capacitar profissionais e a comunidade através de programas educativos desenvolvidos nas unidades de saúde, nas escolas de 1º e 2º graus, nos ambientes de trabalho e na zona rural, visando à prevenção e á detecção precoce do câncer; produzir materiais educativos em diferentes formatos, para profissionais de saúde, comunidade e público em geral, para apoiar os programas de ensino do INCA; planejar, organizar, disponibilizar e fornecer informações sobre o acervo bibliográfico do INCA”. (INCA – PROGRAMA DE ENSINO DO INCA, 2002 p.54).

Atualmente, sua competência é:

“Planejar, coordenar e supervisionar a implementação e a avaliação de todos os programas de ensino e eventos científicos do INCA; manter o Sistema Integrado de Bibliotecas e Informação (SIBI) e produzir material educativo para os programas de ensino e eventos científicos do INCA”. (INCA - PROGRAMA DE ENSINO DO INCA, 2005 p.21).

Em 1999, foi criada a Comissão de Ensino de Enfermagem do INCA, composta por doutores, mestres e especialistas em enfermagem oncológica, que tem como competência:

“Dirigir e controlar o funcionamento da Residência; discutir e emitir pareceres sobre matérias referentes à Residência; elaborar questões, julgamento, avaliação dos candidatos; avaliar a adequação do Programa aos seus objetivos e aos da Instituição; avaliar o Programa à luz de dados colhidos junto aos residentes; indicar a composição da banca avaliadora e ratificar as notas de trabalho de conclusão de curso;

assessorar o desenvolvimento das atividades teórico-prática, do ponto de vista multidisciplinar, que integram o programa; apreciar e decidir sobre os incidentes que envolvam os residentes, após notificação das Chefias das Divisões de Enfermagem aos representantes da Comissão e revisar o Regulamento anualmente, propondo mudanças cabíveis.” (INCA - REGULAMENTO DA RESIDÊNCIA EM ENFERMAGEM ONCOLÓGICA, 2003 p.03-04).

Essa comissão de Ensino é indicada pelos Chefes de Divisão de Enfermagem do INCA anualmente, ratificada pelos Diretores das Unidades e encaminhadas pela Coordenação de Ensino e Divulgação Científica para homologação pelo diretor geral e publicação em diário oficial da União.

O INCA hoje oferece cursos de pós-graduação em enfermagem nas seguintes modalidades: residência e especialização. Esses cursos vêm se realizando há 21 anos (residência) e 9 anos (especialização), já tendo formado um total de 278 residentes e 190 enfermeiros especializados, sendo esses últimos, 81 externos e 109 internos ao INCA, na área de oncologia. Atualmente, estão sendo realizados os dois cursos, com uma carga horária de 3520 horas durante dois anos na residência e 504 horas durante nove meses na especialização, contando com 25 alunos matriculados no primeiro ano de residência, 24 alunos matriculados no segundo ano de residência e 20 alunos matriculados na especialização em 2007.

A residência em enfermagem hoje consiste em uma modalidade de ensino de pós-graduação, de formação lato senso, destinado a enfermeiros, sendo caracterizada como um treinamento em serviço, sob a orientação de profissionais enfermeiros de elevada qualificação ética e profissional. Os enfermeiros preceptores fazem parte do quadro do Ministério da Saúde, portanto estatutários e, em boa parte, enfermeiros que fizeram o Curso de Especialização em Enfermagem oncológica do INCA, além dos contratados pela Fundação Ary Frauzino, que são celetistas e, em boa parte, ex-residentes.

Desde a criação do programa até hoje, existem muitos questionamentos e resistências por parte de alguns enfermeiros, em assumir essa função, pois consiste em uma sobrecarga de atividades como: gerenciar o setor, assistir o paciente e qualificar os alunos. Além disso, não há uma formação didática pedagógica voltada para eles.

Para ingressar no Programa de Residência é preciso realizar um concurso público anualmente, divulgado através de edital. São realizadas prova de múltipla escolha e prova

oral, sendo oferecidas vinte e cinco vagas. Destas, dez são para oncologia Clínica, dez para Oncologia Cirúrgica e cinco para Cuidados Paliativos.

Para permanecer no Programa, deve-se realizar a avaliação formativa, através de instrumentos específicos realizados pelos preceptores, bem como a avaliação semestral por módulo. A média semestral não poderá ser inferior a sete.

No primeiro ano da sua formação, o enfermeiro residente participa de atividades práticas relacionadas à prevenção, à oncologia clínica, à oncologia cirúrgica e aos cuidados paliativos. As disciplinas teóricas do módulo introdutório são referentes a: Metodologia do Ensino, Bioética, Conprev (Coordenação de Prevenção e Vigilância) e Relacionamento Humano. As disciplinas teóricas práticas são referentes à prática de enfermagem em: Abdome I, Ginecologia I, Transplante de Medula Óssea I, Cabeça e Pescoço I, Cuidados Paliativos I, Mastologia I, Oncohematologia I, Oncopediatria I, Ambulatório de QT I, Tórax e Neurologia I, e Urologia.

No segundo ano, o enfermeiro residente desenvolve atividades nas seguintes áreas de concentração: Oncologia Clínica referente à prática de enfermagem em Ambulatório de QT II, Oncopediatria II, Oncohematologia II, Radioterapia I, Hematologia Infantil I, Transplante de Medula Óssea II; Oncologia Cirúrgica referente à prática de enfermagem em: Abdome II, Cabeça e Pescoço II, Ginecologia II, Mastologia II, Radioterapia I, Tórax e Neuro e UTI II; Cuidados Paliativos referentes à prática de enfermagem em: Internação Domiciliar, Internação Hospitalar, Serviço de Pronto Atendimento, Ambulatório e Radioterapia I. As disciplinas teóricas são: Metodologia Científica, Administração do Serviço, Enfermagem Oncológica e elaboração de TCC (trabalho de conclusão do curso).

O curso de especialização em enfermagem constitui modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu que visa ao aprofundamento dos conhecimentos e habilidades técnicas em áreas específicas em oncologia. Tem como pré-requisito graduação em enfermagem, experiência profissional como enfermeiro na assistência oncológica de no mínimo dois anos, docência superior em enfermagem ou curso de aperfeiçoamento na área oncológica. As disciplinas constituem-se de: Prevenção e Detecção Precoce em Oncologia; Assistência de Enfermagem Oncológica Clínica, Cirúrgica e Paliativos; Gerência; Relacionamento Humano no Cuidado de Enfermagem; Bioética; Abordagem Didático na Área de Saúde; Abordagem Teórico-Prática do Método Científico; Prevenção e Controle de Câncer no Brasil; Princípios da Bioética na Assistência Oncológica.

O corpo docente é constituído pelos enfermeiros preceptores da casa que possuam especialização em oncologia, título de especialista ou residência em enfermagem oncológica.

O processo seletivo do curso de especialização é realizado por meio de prova objetiva, entrevista e análise de currículo sob a responsabilidade da coordenação do curso. Os candidatos aprovados são matriculados no banco de dados e preenchem um termo de compromisso.

As atividades de ensino são acompanhadas por instrumento de frequência e medição da satisfação do aluno, e avaliadas mensalmente, por meio de reunião com os discentes e coordenadores do curso. Ao final do curso, o discente apresenta um trabalho de conclusão de acordo com o manual de trabalho de conclusão do curso, e participa da cerimônia de formatura.

3.2 PERFIL DO GRUPO ESTUDADO

O grupo estudado (tabela 1) – enfermeiros egressos dos cursos de residência e especialização em oncologia do INCA atuantes no HCII⁴ - é constituído, em sua maior parte, por mulheres (83,8%), com idade média de 30 anos (45,9%), sendo o tempo de formação, 16 anos em média.

Desse conjunto, 75,7% são profissionais contratados pela Fundação Ary Frauzino⁵ em regime da CLT, não possuindo, portanto, estabilidade no emprego. Permanecem na Instituição alguns enfermeiros pertencentes ao Ministério da Saúde no quadro permanente (19%), e uma minoria pertence ao Ministério da Saúde no quadro temporário (5%). Esse perfil é representativo do universo funcional do INCA e se deve à inexistência de concurso público federal, desde 1995, tendo sido realizado somente no ano passado para seleção exclusiva de técnicos na área de enfermagem. Já os enfermeiros tiveram seleção somente para o Centro de Transplante de Medula Óssea e também foram contratados por vínculo temporário.

⁴ HCII - unidade hospitalar do INCA responsável pelo atendimento a adultos nos Serviços de Ginecologia e Oncologia Clínica. O HCII recebe pacientes para tratamento ambulatorial, internações e cirurgias.

⁵ Fundação Ary Frauzino – é uma instituição filantrópica, reconhecida como de utilidade pública municipal, estadual e federal, fundada em 19 de fevereiro de 1991, para dar apoio às atividades desenvolvidas pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA), do Ministério da Saúde, em áreas-chave do controle do câncer no Brasil como o ensino, a pesquisa, a prevenção e o tratamento do câncer.

Dentre os egressos dos cursos de residência e especialização atuantes no HC II do INCA, a maioria trabalha sob regime diarista (40,5%), alguns são plantonistas diurnos (38%) e existe pouca participação dos plantonistas noturnos (19%) nos cursos de pós-graduação. Os profissionais que trabalham no horário noturno, em sua maioria, têm outro vínculo empregatício, o que dificulta a sua participação nos processos, atividades e programas de capacitação promovidos pela Instituição.

No que se refere ao setor de trabalho, 56,8% trabalha no setor de internação (andares e CTI), e o restante é dividido entre ambulatório, quimioterapia, pronto atendimento, centro cirúrgico, centro de material esterilizado, divisão de enfermagem, supervisão de enfermagem, educação continuada e gerência de risco.

A média de tempo de trabalho na Instituição, desses profissionais, varia em torno de sete a nove anos. Percebe-se que são trabalhadores anteriormente apresentados à missão do INCA e considerados profissionais especialistas na área de oncologia.

Os alunos dos cursos de especialização, em sua maioria, não tiveram formação específica em oncologia durante a formação acadêmica na graduação, e buscam aperfeiçoar seus conhecimentos adquiridos na prática. Pertencem ao quadro permanente do Ministério da Saúde e também da FAF, trabalham tanto sob regime diarista como plantonista, divididos em diversos setores do Hospital. Para melhor apreciação do perfil do grupo estudado, foi construído um quadro síntese articulando o tempo de formação aos demais indicadores deste perfil.

Tabela Síntese

TEMPO DE	1 A 10		11 A 20		21 A 30		MAIS DE 30		TOTAL	
FORMAÇÃO	ANOS		ANOS		ANOS		ANOS			
(GRADUAÇÃO)	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IDADE										
20 A 30 ANOS	5	41,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	13,5
31 A 40 ANOS	7	58,3	11	84,7	1	10,0	0	0,0	19	51,4
41 A 50 ANOS	0	0,0	2	15,4	5	50,0	0	0,0	7	18,9
51 A 60 ANOS	0	0,0	0	0,0	4	40,0	2	100,0	6	16,2
<i>TOTAL</i>	<i>12</i>	<i>100,0</i>	<i>13</i>	<i>100,0</i>	<i>10</i>	<i>100,0</i>	<i>2</i>	<i>100,0</i>	<i>37</i>	<i>100,0</i>
VÍNCULO										
MS PERMANENTE	0	0,0	0	0,0	7	77,8	0	0,0	7	18,9
MS TEMPORÁRIO	2	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	5,4
FAF	10	83,3	14	100,0	2	22,2	2	100,0	28	75,7
<i>TOTAL</i>	<i>12</i>	<i>100,0</i>	<i>14</i>	<i>100,0</i>	<i>9</i>	<i>100,0</i>	<i>2</i>	<i>100,0</i>	<i>37</i>	<i>100,0</i>
TURNO										
DIARISTA	5	41,7	5	35,7	6	66,6	0	0,0	16	43,2
PLANT. DIURNO	4	33,3	4	28,6	1	11,2	1	50,0	10	27,0
PLANT. NOTURNO	3	25,0	5	35,7	2	22,2	1	50,0	11	30,0
<i>TOTAL</i>	<i>12</i>	<i>100,0</i>	<i>14</i>	<i>100,0</i>	<i>9</i>	<i>100,0</i>	<i>2</i>	<i>100,0</i>	<i>37</i>	<i>100,0</i>
SETOR										
INTERNAÇÃO	5	41,7	10		4	44,4	2	100,0	19	51,3
AMBULATÓRIO	5	41,7	0	0,0	3	33,3	0	0,0	8	21,6
PRONTO	2		0	0,0	1	11,2	0	0,0	3	8,1
ATENDIMENTO										
OUTROS	0	0,0	4	28,6	1	11,2	0	0,0	5	13,5
<i>TOTAL</i>	<i>12</i>	<i>100,0</i>	<i>14</i>	<i>100,0</i>	<i>9</i>	<i>100,0</i>	<i>2</i>	<i>100,0</i>	<i>37</i>	<i>100,0</i>
TEMPO DE TRABALHO										
NO INCA										
ATÉ 36 MESES	4	36,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	10,8
37- 72MESES	2	18,1	1	6,6	0	0,0	1	50,0	4	10,8
73 – 101MESES	4	36,3	5	33,3	1	11,2	0	0,0	10	27
102 -156MESES	0	0,0	4	26,6	1	11,2	0	0,0	5	13,5
157 – 269MESES	0	0,0	4	26,6	5	55,4	0	0,0	9	24,3
MAIS DE 300 MESES	0	0,0	0	0,0	2	22,2	1	50,0	3	8,1
NÃO RESPONDERAM	1		1	6,6	0	0,0	0	0,0	2	5,4
<i>TOTAL</i>	<i>11</i>	<i>100,0</i>	<i>15</i>	<i>100,0</i>	<i>9</i>	<i>100,0</i>	<i>2</i>	<i>100,0</i>	<i>37</i>	<i>100,0</i>

Fonte: respostas do questionário

3.3. O PROCESSO DE FORMAÇÃO NA PERCEPÇÃO DOS EGRESSOS DOS CURSOS DE RESIDÊNCIA E ESPECIALIZAÇÃO DO INCA:

De acordo com o quadro apresentado, complementado pelas discussões ocorridas no grupo focal, foi possível concluir que a qualificação é procurada pelos profissionais mais experientes como uma forma de se desenvolverem profissionalmente e se manterem constantemente atualizados. No entanto, o que se percebe é que, atualmente, muitos enfermeiros recém formados vão direto em busca de cursos de pós-graduação, mestrado e doutorado, antes mesmo de adquirirem experiência profissional, o que, na minha visão empírica, dificulta a construção de novos significados e uma articulação dos conhecimentos teóricos com a prática assistencial, visando à produção de novos conhecimentos, no que se refere à formação e aprimoramento clínico; apesar dos critérios da CAPES serem voltados para qualificação acadêmica visando a carreira científica.

A percepção de formação na perspectiva dos cursos em relação à formação recebida é de terem sido atendidos em suas expectativas, na grande maioria (78%), principalmente no que se refere à aquisição de conhecimentos específicos e práticos em oncologia. Os profissionais que dizem não terem sido atendidos em suas expectativas (19%) justificam-se, alegando superficialidade na condução do processo. Em ambos os casos, os alunos ressaltam e valorizam as competências técnicas.

As contribuições para mudanças e qualificação da prática foram também atribuídas à aquisição de conhecimentos específicos e práticos em oncologia, o que lhes garante, no seu entender, segurança técnica. As demais competências são relacionadas de forma mais generalizada, sendo apontadas competências comunicativas, tais como atuação como líder de equipe e competências sócio-políticas, ao se referirem a conteúdos referentes à política de controle e prevenção do câncer, adquiridas através de aulas teóricas aplicadas por profissionais que atuam na COMPREV (Coordenação de Prevenção e Vigilância), denotando uma visão mais restrita do que venham a ser as competências que extrapolam aos conteúdos eminentemente técnicos.

Nos relatos evidenciados na discussão do grupo focal, foi possível perceber que as competências técnicas do saber fazer, o saber técnico científico, parecem já estar legitimados pelos preceptores que enfatizam o papel do INCA como referência nacional.

O depoimento abaixo traduz a percepção dos preceptores⁶ e coordenadores em relação a este tema:

“Damos um enfoque maior no “saber fazer” no INCA, por ser um hospital especializado e referência nacional. O “saber ser” está inserido no curso de especialização através da humanização... o Estado do Rio de Janeiro é referência nacional de oncologia... temos uma procura grande de alunos e essas pessoas que não possuem o “saber ter”, “o saber fazer”, e o “saber ser”, aprendem essas três categorias básicas de competência, no Instituto. O feedback é fantástico, são os chefes de setores e coordenadores formados pela casa”. (Margarida)

O grupo estudado reconhece a importância do trabalho em equipe ao relatar que não tem dificuldade em compartilhar o trabalho, sendo pro ativos, não tendo dificuldades também em administrar conflitos, promover sinergia e influenciar resultados. Em uma Instituição geradora e disseminadora de conhecimento, as equipes desempenham um papel central de proporcionar um contexto compartilhado, a interação e o diálogo.

Outra questão levantada pelo grupo focal foi a necessidade de formação dos formadores:

“Eu sou uma preceptora que não fez o curso de preceptoria. Eu procuro me colocar no lugar daquela pessoa (residente) para recebê-la, sendo intuitiva profissional” (Hortência).

“Acho que as pessoas têm dificuldade em responder quais seriam as competências básicas necessárias ao trabalho dos enfermeiros na área de oncologia. Cada um aqui está respondendo o que acha de acordo com o que faz”. (Orquídea)

⁶ Enfermeiro preceptor - todo enfermeiro lotado no hospital que participe efetivamente do planejamento e da execução do Programa de Residência e Especialização. Quanto à assistência, esses enfermeiros, já com larga experiência e uma prática inquestionável, são vitais no treinamento dos alunos dos cursos.

“Eu sou plantonista e procuro me espelhar na minha formação como residente e tento identificar neles, nos residentes, as necessidades para começar a trabalhar. A gente tem que ter a flexibilidade para descobrir o que eles podem fazer respeitando suas dificuldades de atuação no seu campo e trabalhando no dia-a-dia”. (Cravo)

“É preciso um melhor preparo para o preceptor”. (Rosa)

“Tinha um papel que dizia que o preceptor seria obrigado a ser professor... rasguei este papel. Estamos nos preparando para oferecer curso de preceptoria e humanização para todos. Ainda temos muitos profissionais dentro da instituição que não têm especialização”. (Margarida)

Por outro lado, existe uma grande lacuna que é percebida no acompanhamento do aluno pelo preceptor durante o estágio prático, demonstrado pelo resultado que revela que 59,5% dos alunos não se sentiram acompanhados.

O papel do preceptor é reconhecido como fundamental pelos mesmos:

“O INCA é uma instituição de ensino, nossa missão é ensinar e formar profissionais especializados. É tarefa do gestor da unidade capacitar o profissional para ser preceptor, porque é responsabilidade nossa. O papel do preceptor foi importante na minha vida. Temos que saber qual é a nossa responsabilidade. A questão de ensinar tem muitas articulações na questão dos saberes. Qual é o papel do preceptor? Como é ensinar em serviço?”. (Lírio)

E a necessidade de sua presença junto ao aluno é sempre enfatizada:

“É importante na preceptorial você ter um preceptor presente. Uma coisa muito importante é que os residentes saem da faculdade, praticamente sem saber nada. Não tem base prática” .(Rosa)

Como já mencionado anteriormente, os dois cursos referidos neste estudo -, residência e especialização - apresentam características distintas. O curso de residência, voltado para profissionais egressos da graduação em enfermagem, sem pré-requisito de formação oncológica, é essencialmente prático e se caracteriza pela predominância da formação em serviço. Já o curso de especialização exige pré-requisito de experiência em oncologia, e é mais teórico, sendo o estágio prático voltado somente para observação.

“O curso de especialização tem como pré-requisito experiência de pelo menos dois anos na área de oncologia. Eles já têm o saber ser, o saber ter e o saber fazer, e vão aperfeiçoá-lo. O saber para o residente vem da graduação, onde não tem ensino voltado para a oncologia; a forma de conhecimento de oncologia é geral, entra na saúde do adulto, do adolescente e do idoso” .(Margarida)

A estrutura atual do processo de formação coloca os residentes como aqueles que necessitam saber-fazer e os especializandos como aqueles que precisam conhecer mais, como se estes processos fossem desarticulados e diferenciados. No grupo focal, foi ainda destacado o fato de os residentes serem considerados como mão- de- obra e não como profissionais-estudantes, como se evidencia na fala a seguir:

“A enfermagem precisa ver os residentes como profissionais. Nós agimos com atitude paternalista. A proteção é excessiva”.
(Orquídea)

Esta relação mais conflitiva entre os profissionais dos serviços e os residentes aparece de forma indireta nas diferentes falas como mostramos a seguir:

“Aqui é diferente porque os pacientes são de muito tempo, e já conhecem os profissionais, já construíram vínculos. Quando o residente é colocado ao paciente existe uma retração do paciente”.
(Miosótis)

“Os clientes atendidos na Unidade II do Inca pertencem a uma clínica muito específica, e precisam de muitos cuidados. E acredito que eles pensem – será que estou sendo usado? São pontos de vista que precisam ser construídos no dia-a-dia. Existe um staff limitando a atuação do aluno”. (Cravo)

“Os residentes são profissionais, mas não são vistos como tal. Essa questão de o paciente não aceitar muitas vezes acontece. Precisamos romper com isso, respeitando paciente e mostrando que aquele profissional iria pegar muito bem aquela veia, por exemplo”.(Margarida)

“Existe um limite para colocarmos os residentes como enfermeiros e ficarmos seguros”.(Cravo)

Ao discutir a articulação entre a formação teórica e a parte prática orientada com os preceptores, é apontada por eles uma lacuna entre os processos de ensino e serviço.

“Existe um hiato grande, porque nem sempre quem ministra a aula é o preceptor na prática”.(Azaléia)

“Algumas vezes, a teoria vem depois da prática”. (Rosa)

“A residência é caracterizada pela formação em serviço. 80% é serviço. A formação lato senso é ao contrário”. (Lírio)

“A filosofia é um pouco diferente. É quase impossível tirar o staff e colocar na sala de aula e também ser o preceptor... articular aluno-staff-preceptor. Hoje o aluno sai da sala de aula para o serviço. Estamos em crescimento na Instituição. Vocês passam a excelência?”. (Margarida)

Atualmente, ainda são marcantes no cotidiano de trabalho das enfermeiras a fragmentação das atividades, a impessoalidade nas relações, a centralização do poder e a rígida hierarquia, demonstrando uma conduta gerencial autoritária.

Entendemos que cabe aos enfermeiros responsáveis pela gerência de cuidados e preceptoria de residentes e especializando, buscarem a integração de novos conhecimentos e habilidades, sintonizados a uma prática mais aberta, flexível e participativa, fundamentada não só na razão, mas também na sensibilidade e na intuição.

A grande maioria (89%) afirma ter recebido contribuições para sua qualificação prática e adquirido novos aprendizados (83,8%), valorizando, assim, o processo de formação em busca de atualização e articulação com o cenário instável, competitivo e globalizado.

Alguns alunos disseram não ter sido aplicados instrumentos de avaliação do processo de aprendizagem pelos preceptores durante sua formação. O fato é justificado pelo estágio na especialização ser somente de observação, contando como avaliação a frequência do aluno no campo de estágio. Isto nos revela a não valorização da questão da aplicação dos conhecimentos teóricos recebidos e da não intervenção na prática a partir deles.

“Tudo em relação à avaliação tem que ser falado no próprio campo”. (Lírio)

“Às vezes, existe um recuo do aluno ao falar na avaliação”. (Rosa)

A falta de periodicidade e de espaço para expressão dos alunos cria um processo de aprendizagem inexpressivo, tornando-o mecânico. É com a criação desse espaço que vai haver a avaliação das competências, para que se possa resolver novos desafios, principalmente no setor saúde onde os processos são individualizados e sempre diferentes.

No que diz respeito a competências gerenciais e relacionais, o grupo se diz preparado para tomar decisões simples, embora não assumam riscos ao tomar decisões com incerteza. Alguns afirmam tomar decisões complexas (59,5%) e não aguardar decisões dos superiores (64,9%). Esta é uma oportunidade que pôde ser desenvolvida no processo de formação. A tomada de decisão é uma questão importante na medida em que se tenha espaço para realizá-la.

A flexibilidade em relação a situações novas apresenta algumas contradições, pois embora se digam abertos a inovações e/ou críticas, demonstram parcialidade de envolvimento, não ousadia diante de realidades competitivas e não empreendimento em atividades inovadoras. Alguns referem se comprometer com as exigências demandadas pelo cenário atual e/ou incorporar críticas.

Os egressos dos cursos de residência e especialização revelam um bom aproveitamento do exercício da iniciativa durante o processo de formação. Nos questionários, relatam serem profissionais que atuam sem necessidade de supervisão, que enfrentam crises e dificuldades com determinação e previnem problemas. Essas são as “competências comportamentais”, definidas por Deluiz como “a capacidade de

comunicação e expressão, de cooperação e de trabalho em equipe desenvolvendo o diálogo, a negociação e a iniciativa”.

Argumentos referentes à negociação se apresentam como cotidianas para todo o grupo que procura mediar e resolver conflitos (73%). Outras questões relacionadas à liderança em acordos, negociações e estabelecimento de relações duradouras não foram citadas pelo grupo em sua maioria (81%). A análise do processo de formação contradiz esta questão por não ter sido dada a oportunidade do seu desenvolvimento para 54,1% dos alunos.

A atuação como líder surge de forma bastante positiva quando todos os participantes afirmam possuir esta competência (100%) definindo metas, orientando, estimulando, promovendo o desenvolvimento, a autonomia e a contribuição da equipe para a Instituição. No entanto, quando foi questionado este processo na formação, os alunos se ressentem de um trabalho mais eficaz sobre esse conteúdo no campo de estágio.

O grupo se sente preparado para lidar com a criatividade, onde procura melhorar processos e solucionar problemas, encorajando novas idéias, apesar de não ser citada a criação de soluções inovadoras para a maior parte.

As demais competências como as de serviço, compreendidas por estímulo à pesquisa e ao estudo, e desenvolvimento de trabalho científico; as de cuidado, como as humanização; e as organizacionais ou metódicas, como conhecimento em gestão, foram também citadas. Porém, com menos ênfase, evidenciaram pouca valorização destas questões pelos alunos. É importante destacar que, quando citadas, estas competências eram abordadas sempre numa perspectiva teórica, e não a partir das vivências na prática.

A abordagem tecnicista dos problemas reforça o distanciamento do profissional em relação ao cliente, através da identificação de anormalidades para o diagnóstico, sem levar em consideração a anamnese, a conversa, a história do aparecimento dos sintomas, a escuta, o toque, enfim o sujeito como um todo. Isso nos remete ao texto de Hélio Pelegrino:

“A base da orientação predominantemente organicista que informava o estudo da medicina há vinte anos, não se tinha muito que fazer, em termos científicos, com a pessoa humana. Esta, para tornar-se objeto de um conhecimento realmente respeitável, tinha que ser despojada, com a melhor das intenções, de sua

transcendência e inesgotabilidade. A pessoa reduzia-se a um organismo e este era simplificado até à condição de um mecanismo cujo funcionamento se pudesse decifrar”. (PELEGRINO, 2005 p: 24).

A humanização foi reivindicada através da valorização do ser humano em todos os seus aspectos, incluindo os aspectos culturais, sociais, familiares e emocionais para lidar com os pacientes, pares, profissionais e superiores (sic).

A humanização enquanto política pública de saúde se constrói com as direções da inseparabilidade entre atenção e gestão e da transversalidade. Tais direções indicam o “como fazer” desta política que se concretiza como “tecnologias relacionais”. É a partir da transformação dos modos dos sujeitos entrarem em relação, formando coletivos, que as práticas de saúde podem efetivamente ser alteradas (PASSOS e BENEVIDES, 2005).

Isto nos mostra a necessidade de maior contribuição para o desenvolvimento do eixo “cuidado com o cuidador” proposto pela Política Nacional de Humanização, reconhecendo os limites e angústias dos profissionais e criando espaços de troca de experiências na equipe Assim, enfrenta-se o desafio de se lidar com a mudança de paradigma do curar para o cuidar.

A política de humanização enfatiza a idéia de equipe de referência. O intuito é resolver ou minimizar a falta de definição de responsabilidade, de vínculo terapêutico e de integralidade na atenção à saúde, no sentido de oferecer um tratamento digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo.

A reorganização dos processos de trabalho em saúde, através da inseparabilidade entre atenção e gestão, pode ser atingida pelo investimento na formação de profissionais e gestores em um espaço de formação privilegiado. O que caracteriza esse processo é a construção do conhecimento através da articulação da teoria com a prática, e da troca e desestabilização dos saberes.

A discussão da Humanização foi apontada no grupo focal em diferentes aspectos:

“A humanização está inserida para os alunos de residência e especialização no currículo programático”. (Margarida)

“Percebo que para os residentes o ser enfermeiro está totalmente cru (vago), falta humanização. Algumas vezes recebo residentes no segundo ano que não põe a mão no paciente, digo, não se aproximam das pessoas, agem mecanicamente em seus procedimentos”. (Rosa)

Uma das questões que surgiram ao indagarmos sobre a necessidade da política de humanização, alegando a existência concreta dos princípios do SUS, refere-se ao enfrentamento das graves lacunas quanto ao acesso universal, integral e equânime aos serviços e bens de saúde, Também foi citada a modificação do quadro de desvalorização dos profissionais de saúde demonstrado pelo baixo investimento em educação permanente e baixa implicação no processo de gestão.

O grupo estudado afirma que o INCA está no começo da implantação desta política. Também apresentam percepções distintas do processo, como pode ser constatado nas falas abaixo:

“O INCA ainda está engatinhando, é um bebê. Falta muito no contexto da humanização”. (Miosótis)

“O que estão fazendo por nós profissionais, dentro deste processo de humanização? Nós da enfermagem já temos este olhar, e já fazemos este cuidado. Ainda temos que crescer muito. Nós profissionais precisamos também ser acolhidos. Precisamos deixar de sofrer assédio moral”. (Hortência)

“Pensando em um processo amplo, temos que ver de cima para baixo, da gerência para a assistência. Estamos numa instituição de ensino e não temos um corpo docente. É um processo macro o de

humanização. A humanização passa pela espera pelo atendimento, gratificação pelas chefias e segue seu rumo”. (Azaléia)

“A humanização é uma política nacional, não é uma coisa da Instituição. É essencial, não pode faltar. É uma situação ministerial e governamental”. (Lírio)

As diretrizes da política de humanização se expressam em resolutividade através do acolhimento, em alterações dos processos de trabalho, da dinâmica de interação da equipe, dos mecanismos de planejamento, de decisão, de avaliação e de participação. Para isso, são necessários dispositivos que interfiram nos modos de relacionamento garantindo práticas de co-responsabilização, co-gestão e de transversalidade.

Isso se expressa também no cotidiano dos trabalhadores quando se percebe o diálogo e a descontração dentro desse grupo de estudo, revelando uma abordagem mais interpessoal do que técnica. Dentro deste aspecto interpessoal, se destacam: as conversas entre profissionais, a maior aproximação do cliente e o extravasamento com brincadeiras como a melhor maneira de lidar com situações difíceis com o cliente e seu tratamento (sic). Em nenhum momento a indiferença foi citada como abordagem para tais situações, demonstrando a existência de envolvimento, comprometimento, responsabilidade e criação de vínculo da equipe com seus clientes. Dentre os planos ou estratégias utilizados, se destaca a ajuda espiritual e a empatia, sendo também citado o encaminhamento a outros profissionais, o respeito com o paciente e sua dor, e finalmente a estratégia pessoal de ao final do expediente “colocar um ponto final” (sic) no pensamento no trabalho.

O trabalho com pacientes com câncer gera muito desgaste tanto sob o ponto de vista físico como principalmente sob o ponto de vista emocional. Isto requer do profissional uma habilidade não só técnica, mas também comunicativa para tratar com pacientes e seus familiares na dispensação dos diferentes tipos de cuidado demandados, e na formação do vínculo entre eles. Diversas situações cotidianas requerem o manejo de sentimentos importantes tanto dos profissionais quanto do paciente e seus familiares, como em momentos onde é necessária a transmissão de notícias difíceis do tratamento tais como o diagnóstico de câncer, a recidiva e avanço da doença, ou o fim do tratamento curativo e

início do tratamento paliativo, entre outras mais simples, como a suspensão de uma alta, por exemplo. Estas questões - como podemos ver através das respostas colocadas tanto pelos preceptores como pelos egressos - são percebidas e apontadas por eles de diferentes formas nos questionários e no grupo focal:

“Quando eu era residente tinha uma dificuldade muito grande de lidar com a morte O apego ao paciente é difícil. Você é ser humano e precisa de um suporte emocional. Eles te sugam... Eu vejo que o preparo para lidar com a morte era debilitado, não sei como é agora. Agora existe um maior preparo e preocupação com a questão da finitude....A gente precisa de um suporte psicológico”.
(Violeta)

A questão de finitude e transmissão de notícias difíceis de tratamento não são trabalhadas no processo de formação em residência e especialização na visão do grupo estudado (ex-residentes e especializandos atuantes no HCII) na sua maioria 62%.

Nos casos em que a assistência para promoção da saúde não é mais possível, devido ao insucesso dos tratamentos propostos ou por esgotamento das possibilidades de tratamento, os profissionais de saúde ficam frustrados, sentindo-se inúteis por não saberem lidar com tais situações tão cotidianas para quem trabalha com pacientes oncológicos. (sic)

O trabalho com câncer envolve competências humanas do cuidado e também competências sociais. Quando os egressos de residência e especialização em oncologia atuantes no HCII relatam as principais dificuldades no cuidado diário com os pacientes, destaca-se a questão da transmissão da notícia de maneira honesta, mas sem tirar as esperanças, lidando com as emoções do paciente e estimulando a força de vontade e o pensamento positivo. A razão para tais dificuldades fica contemplada na questão sobre a formação que nos revela que 62,2% dos alunos não tiveram oportunidade de discutir esta dificuldade de transmissão de más notícias durante a formação.

O grupo relata também não ter dificuldades na relação enfermeiro-cliente sob o ponto de vista emocional (73%), o que contradiz a afirmativa anterior ao ser referida como a segunda maior dificuldade, o lidar com as emoções do paciente oncológico. Talvez essa

“não dificuldade” esteja ligada ao fato de serem uma força de trabalho mais madura e com mais experiência, considerando o tempo de formação em torno de 10 anos e de trabalho na instituição em torno de nove anos.

A necessidade de trabalhar as dificuldades em lidar com pacientes com câncer durante a formação é também sentida pelos profissionais, quando 97,3% dos participantes afirmam ser importante esta abordagem contemplando o melhor preparo do profissional para lidar com a dimensão subjetiva, o que influi na adesão dos clientes no tratamento.

Apesar de todas as dificuldades vistas na parte anterior do questionário, (características do processo de formação, falta de espaço para o aluno expressar suas dúvidas e angústias, não abordagem sobre finitude, não acompanhamento dos preceptores aos alunos durante o estágio prático), o grupo se sente preparado para lidar com os pacientes com câncer (89%), tanto sob o ponto de vista técnico como do ponto de vista pessoal.

Percebe-se que não existe, dentro da estrutura pedagógica, a preocupação com a formação de um espaço para expressar dúvidas e angústias dos alunos no campo de atuação, sendo justificada pela exigüidade do tempo e pelo tratamento dado aos alunos como “mão de obra” (sic). A minoria que pôde se expressar foi através de conversas com outros profissionais e com os preceptores, contribuindo dessa maneira para desenvolver a aptidão dos mesmos no atendimento com eficácia e qualidade. Percebe-se também que a abordagem teórica não instrumentaliza o aluno para resolver os possíveis conflitos das relações, e ele, assim, não dá conta de lidar com a realidade.

O tema da humanização vem sendo trabalhado na instituição e procura analisar aspectos não apenas técnicos, mas também relacionais, sociais e humanos como fatores determinantes para o bom atendimento, satisfazendo as necessidades de clientes e profissionais. O investimento na formação de profissionais e gestores é estratégia importante cuja sustentabilidade se dá a partir da disseminação de mecanismos ideológicos que garantam a adesão e continuidade do projeto.

A formação em serviço deve estar atrelada às experiências concretas de mudança das práticas de produção de saúde. É um espaço privilegiado que tem como característica a articulação da teoria com a prática, onde se dá a construção do conhecimento, se diferenciando desta maneira da formação acadêmica. Seu ponto de partida é a prática reflexiva com embasamento teórico.

Com base na análise destas questões, podemos concluir que o estágio prático desenvolvido nos cursos de residência e especialização no INCA, na percepção dos egressos atuantes no HCII, proporcionou-lhes a oportunidade de desenvolver competências organizacionais e metódicas através de conhecimento em gestão. Além disso, propiciou também o desenvolvimento da capacidade de tomar decisão, flexibilidade em relação às inovações e/ou críticas, troca de saberes e desenvolvimento da criatividade. Porém, o desenvolvimento das competências de liderança e de negociação ficou prejudicado na visão do grupo em geral. Para a maioria dos alunos, estes temas foram abordados por iniciativa individual, em situações pontuais ou vivenciadas na prática, sendo a iniciativa dos tutores neste sentido pouco percebida pelos alunos.

3.4. ANÁLISE DOS CONTEÚDOS E SUGESTÕES EXPRESSOS PELOS EGRESSOS, NA PERSPECTIVA DOS CONCEITOS DE COMPETÊNCIA E HUMANIZAÇÃO

A formação baseada no modelo de competências é um processo adequado ao contexto de transição tecnológica e necessário para comprometer trabalhadores e gestores com o processo de qualificação individual e coletivo, orientados para o desenvolvimento de competências nos níveis técnicos, organizacionais, comunicativos, social, pessoal, de cuidado, de serviço e sócio-político. (DELUIZ, apud MARTINS, 2002).

Segundo Benevides (2005), para a construção de uma política de humanização faz-se necessário estabelecer princípios, que se refere ao processo; métodos, que se refere a condução do processo; diretrizes, o que dá concretude ao processo; e dispositivos, que seriam os modos concretos de operar os rearranjos dos modelos de atenção e gestão.

A partir do referencial teórico apresentado, as definições de competências referidas por Deluiz e as diretrizes da humanização referidas por Benevides, foi construída uma matriz onde se procurou sintetizar a percepção, demandas e sugestões apontadas pelos egressos dos cursos de pós-graduação em enfermagem do INCA atuantes na Unidade II, relacionando-os às competências a que se referiam.

Matriz - Síntese das percepções, demandas e sugestões relacionadas pelos egressos dos cursos de formação lato sensu em enfermagem do INCA atuantes na Unidade II

Percepção dos egressos – o estágio prático proporcionou-lhes a oportunidade de desenvolver:	Demandas e sugestões dos egressos
Competências organizacionais e metódicas através de conhecimento em gestão	Abordagem maior de questões gerenciais através da gerência participativa e trabalho em equipe.
Capacidade de tomar decisões, flexibilidade em relação às inovações e/ou críticas, troca de saberes e criatividade	Importância do enfermeiro na equipe multidisciplinar (simulações)
Competências de liderança e de negociação ficaram prejudicadas na visão do grupo	Suporte técnico científico dos enfermeiros mais experientes.
Competências de serviço e de cuidado foram pouco valorizadas, referidas na formação teórica	<p>Construção de competências e desenvolvimento de tecnologias relacionais – espaços para expressar dúvidas e angústia; stress (atividades laborativas)</p> <p>Preparo para lidar com a finitude e transmissão de más notícias</p> <p>Conhecimentos de bioética e interação com familiares/acompanhantes</p>
Competências técnicas do saber fazer, saber técnico-científico parecem já estar legitimados pelos preceptores – INCA – referência nacional	<p>Atualização contínua em oncologia; abordagem da padronização da assistência</p> <p>Conhecimentos em didática, informática, tecnologia em saúde, cuidados em emergência,</p>
Competências profissionais – transformações no trabalho através da busca e adaptação, desenvolvimento de qualificação ética política, comunicacionais e de relações interpessoais e valorização das qualificações tácitas e da subjetividade	<p>Integração ensino-serviço; revisão do processo de formação dos docentes.</p> <p>Participação ativa dos alunos -Aprendizado prático para reflexão teórica</p>
Importância da educação permanente – conhecimento e aprendizado interativo	Padronização, imparcialidade e transparência na avaliação; continuidade e periodicidade do processo; ampliação com inclusão de questões de liderança, trabalho em equipe, comprometimento e envolvimento. Avaliação integrada teoria-prática tendo a prática como objeto de reflexão
Competências sócio políticas através de conhecimento institucional e de políticas de controle e prevenção do Câncer	Romper com o velho paradigma do ensino, dicotomia entre teoria e prática, saber e fazer, promovendo articulações entre conhecimentos implícitos e explícitos, e articulações entre as diversas Unidades do INCA

De acordo com as propostas dos egressos atuantes no HCII sintetizadas nesta matriz, percebe-se, como já relatado, que existe uma valorização das competências técnicas no processo de formação. Para eles, estes conteúdos assegurariam a “qualidade técnica” no trabalho, que se expressa no conhecimento especializado em oncologia, atualização, protocolo de assistência, sistematização da assistência, abordagem técnica da dor, conhecimento em informática, gestão e novas tecnologias.

As competências sócio-políticas são referidas através de conhecimento institucional, conhecimento da política de prevenção e controle do câncer, autonomia, ética e iniciativa. Essas competências podem ser desenvolvidas através de aulas teóricas, assim como pela prática da clínica ampliada e processos de co-gestão.

A necessidade de se trabalhar melhor as competências humanas e de cuidado no processo de formação é evidenciada quando se revelam muitas sugestões e propostas sobre conteúdos que deveriam ser abordados nesse processo. Estas questões se referem principalmente ao preparo emocional do enfermeiro para lidar com pacientes oncológicos e suas emoções, com a finitude⁷, assim como a aprendizagem sobre os princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização. Depreende-se então que, embora as tecnologias relacionais não sejam valorizadas em princípio, estas passam a ter valor quando surgem na perspectiva de melhoria no processo de formação.

Diante desta realidade, seria válida a promoção de uma reflexão conjunta e treinamento específico voltados para as tecnologias de cuidado, e não somente para as tecnologias que dão suporte ao diagnóstico e tratamento.

Essas sugestões apontam para o desenvolvimento de discussões clínicas periódicas, conversas com outros profissionais, desenvolvimento da atenção, escuta, comprometimento, co-responsabilização, envolvimento e humanização através da participação dos alunos na clínica ampliada, práticas de co-gestão, acolhimento, valorização do trabalhador e respeito ao direito dos usuários.

As competências comunicativas foram sugeridas numa abordagem teórica através de apresentação de palestras, seminários, aulas teóricas e produção técnico-científica, e não

⁷ PY (1999), estudiosa da temática da Tanatologia, fala que a finitude traz uma idéia de ruptura, de rompimento, na tragicidade do destino humano. Há uma ruptura com a vida, fazendo com que a saída da existência viva permaneça como uma catástrofe do imaginário; uma catástrofe não só biológica, marcada pela doença, pela deterioração do corpo; mas uma catástrofe afetiva, uma catástrofe social do outro. Teixeira, Mirna Barros. **Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde**. (Mestrado) Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2002.105p.

por meio da intervenção na prática a partir da teoria. Esta preocupação não existe no estágio prático, demonstrado pelas sugestões de suporte técnico–científico pela experiência, trabalho interdisciplinar e integrado com a equipe, desenvolvimento de negociação, gerência participativa e enfrentamento de situações novas.

As competências de serviço surgem referidas à formação teórica. Já as competências sociais aparecem quando se envolve crescimento pessoal e profissional através do desenvolvimento da clínica ampliada e da prática de acolhimento durante a formação, surgindo também por meio da valorização da saúde do trabalhador.

As questões das tecnologias relacionais somente são valorizadas na perspectiva de melhoria no processo de formação,. A aprendizagem mecânica, por sua vez, é revelada na medida em que não existe espaço para a expressão de dúvidas e angústias. Assim, é fundamental a criação deste, possibilitando a troca de saberes entre profissionais, preceptores e alunos e promovendo a articulação teoria-prática, na construção de conhecimentos.

A ausência de acompanhamento do preceptor durante o estágio faz com que sejam sugeridas o acompanhamento pelo professor da parte teórica do curso, alegando o grande acúmulo de tarefas e rotinas que os enfermeiros dos diversos setores ficam envolvidos, ou mesmo pelo profissional que o acompanha mais de perto, não necessariamente pelo gerente, revelando a necessidade da avaliação integrada - teoria-prática, tendo a prática como objeto de reflexão.

As respostas apontam também para a necessidade de abordagem das questões gerenciais da assistência de enfermagem, visando à maior segurança ao enfermeiro durante sua jornada de trabalho, através de aulas teóricas, situações práticas, visitas clínicas e round.. Seriam abordados a gerência participativa, o trabalho em equipe, liderança, humanização, criatividade, produção técnico-científica, sistematização da assistência de enfermagem, responsabilidade e comprometimento. Dentre esses temas, o que mais se destacou foi a liderança do enfermeiro frente à equipe, nas dificuldades, seus progressos, metas a atingir, processos facilitadores e estratégias para garantir a coesão da equipe de enfermagem (sic).

A padronização da assistência de enfermagem e a atualização contínua dos tratamentos em oncologia, através de técnicas relacionadas com o cuidar e “fazer bem a enfermagem” foram temas cujas abordagens também foram solicitadas nos estágios práticos; assim como as questões sobre ética e de interação com familiar/acompanhante.

Outras sugestões referem-se à importância do enfermeiro na equipe multiprofissional (através de simulações práticas em conjunto com a equipe multiprofissional); suporte técnico científico, através dos enfermeiros mais experientes; didática; dor; informática, tecnologia em saúde; emergência e estresse com atividades laborativas.

Dentre as sugestões relacionadas ao processo de avaliação, surgiram: a padronização, a imparcialidade e a transparência (evitando injustiças), a continuidade e a periodicidade do processo, Essas práticas permitiriam a expressão do aluno sobre o assunto, sua importância e a forma didática apresentada, possibilitando assim a correção de seus erros em tempo hábil. Houve também destaque para a ampliação desse processo de avaliação, incluindo as questões de liderança, trabalho em equipe, comprometimento e envolvimento.

Essas sugestões denotam que não existe espaço para expressão e indicam a não valorização dos princípios (padronização, imparcialidade, transparência) supracitados.

Considerando a discussão teórica já apresentada, é fundamental o incentivo permanente das instituições à formação de seus funcionários, de forma a proporcionar a construção de competências organizacionais/metódicas (Deluiz), conhecimento e aprendizado interativo. Assim, elas potencializariam os processos de inovação, o bom fluxo de informações, a interação de diferentes departamentos e um eficaz sistema de educação e treinamento. A atual sociedade requer do profissional a capacidade de tomar decisões mesmo sob condições de incerteza e, também, a capacidade de lidar com a ambigüidade e as mudanças das bases cognitivas e dos materiais do trabalho, adequando-se permanentemente a novas realidades.

Com as novas exigências e transformações ocorridas no mercado de trabalho, em função da reestruturação dos modos de produção e gestão e da grande competitividade, é necessário que o trabalhador busque incessantemente adaptar-se a novas realidades. Essa adaptação deve acontecer com uma base de conhecimento diversificada, uma visão ampla, cognitiva e inventiva, capaz de solucionar problemas imprevistos; transformar o conhecimento primitivo em saber da gestão; interligar diversos setores; estabelecer a comunicação na equipe e obter maior autonomia para decisões. Para isso, devem ser-lhes fornecidas qualificações ético-políticas, comunicacionais e de relações interpessoais, baseadas no enfoque das competências profissionais, valorizando as qualificações tácitas e

a subjetividade que, na estrutura atual dos cursos, não são colocadas como objeto de reflexão ou aprofundamento.

Sob essa perspectiva, é possível concluir que alunos e preceptores sentem a necessidade de integração ensino-serviço no desenvolvimento dos cursos de pós-graduação em enfermagem no INCA, Falta-lhes também a revisão do processo de formação dos docentes, que estimula o aprendizado prático para reflexão teórica e participação ativa dos alunos, possibilitando a construção de competências e o desenvolvimento de tecnologias relacionais.

As competências técnicas do saber fazer, ou seja, o saber técnico científico parece já estar legitimado no INCA, reconhecido nacionalmente como instituição de excelência. O desafio apresentado é romper com o velho paradigma de ensino, que reforça a dicotomia entre teoria e prática e separa o saber do fazer, promovendo assim a articulação entre os conhecimentos implícito e explícito.

CAPÍTULO 4

EXPERIÊNCIAS PEDAGÓGICAS DE CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO A PARTIR DA REALIDADE DOS SERVIÇOS

O aprendizado numa Instituição reconhecida como disseminadora e difusora de conhecimentos deve focalizar-se na preparação dos profissionais para trabalhar com o novo, com as especificidades e refletir sobre suas práticas, tornando-os mais seguros e preparados para lidar com as diferentes situações do cotidiano.

Dentro dessa lógica, torna-se fundamental o investimento em métodos dinâmicos e a reorientação da formação profissional, deslocando seu centro do docente para o aluno, fazendo deste o sujeito de seus processos de aprendizagem proporcionando o desenvolvimento de atitudes relacionadas com a atuação, a participação e a reflexão crítica, favorecendo a interatividade, estudos ativos, produtivos, autonomia e independência.

Apresentaremos a seguir, três experiências pedagógicas desenvolvidas no HCII, que podem ser incorporadas aos programas de formação lato sensu do INCA. Elas visam à execução dessa articulação ensino-serviço, proporcionando a reflexão teórica a partir da prática, a participação ativa e a integração dos alunos, professores, preceptores e equipes.

4.1. CASO CLÍNICO INSTITUCIONAL

A clínica ampliada é uma das diretrizes da PNH, que pressupõe operar com o outro, através do trabalho de equipe, do cruzamento de diferentes olhares, da co-responsabilidade pelo cuidado e da transversalidade. Ela busca a reorganização do Hospital com base na clínica reformulada e ampliada, através da reformulação da gestão e do modo de atenção. É preciso repensar o tratamento clínico através da gestão compartilhada e da inserção do hospital numa rede. O principal fundamento da Clínica Ampliada é o de reconhecer o outro como sujeito e não como objeto.

Com a intenção de desenvolver essa diretriz no HCII, incentivado pela direção, teve início o desenvolvimento do “Caso Clínico Institucional”, em 26 de Abril de 2006, através de reuniões interdisciplinares e discussões de casos.

A metodologia para o desenvolvimento do caso se deu a partir da escolha do caso clínico baseado na gravidade do caso, TPI (tempo previsto de internação) e em ações impactantes. A apresentação do caso é realizada por um profissional de referência e antes

de cada apresentação é dado um retorno sobre os resultados do caso anterior. A abordagem do caso se dá de forma multidisciplinar com vistas a transdisciplinaridade. A discussão e ações a serem implantadas são registradas em livro Ata e os resultados são utilizados como indicadores.

As reuniões são semanais em dias pré-estabelecidos em cada setor, com média de participação entre 25 e 35 profissionais, estando incluídos os residentes e especializandos.

Os objetivos dessas reuniões são os de valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde; fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; aumento do grau de co-responsabilidade; estabelecimento de vínculos solidários; participação coletiva no processo de gestão; identificação das dimensões de necessidades sociais, coletivas e subjetivas de saúde; mudança nos modelos de atenção e gestão; troca e construção de saberes, fomentando a transversalidade e a grupalidade; e disseminar e aprofundar os conhecimentos da PNH.

Alguns resultados já foram alcançados, tais como a disseminação dos princípios que norteiam a PNH; a conscientização do olhar para as complicações do tratamento; o melhor direcionamento dos casos; a mobilização dos profissionais em busca de recursos que solucionem ou minimizem os problemas institucionais; o maior compartilhamento dos casos entre os profissionais e alunos; o melhor direcionamento dos conflitos dos usuários; a disseminação de conhecimentos e saberes entre os profissionais e alunos; as mudanças nos processo de gestão e atenção; o apoio matricial de outras clínicas; a implementação da farmácia clínica e fisioterapeuta no CTI; a disseminação da Cartilha e Direito dos Usuários, com treinamento prévio dos profissionais, entre outros.

Os fatores facilitadores para o desenvolvimento desse espaço, concretizam-se com a participação ativa da Direção; a credibilidade dos profissionais; a possibilidade de discussão dos conflitos; a crença na transversalidade; o fomento da co-gestão e a prática da co-responsabilidade como diretriz ética e política que visa a motivar e educar os trabalhadores.

Dentre os fatores limitantes estão: o espaço físico; a adesão pelos médicos; a disponibilidade de horário; a dificuldade em agilizar a criação e revisão de processos e a desarticulação com a rede de Atenção Básica.

A Matriz - baseada nos conteúdos expressos e ressaltados como necessários ao processo de formação pelos egressos dos cursos de formação lato sensu do INCA – revela que essa experiência contempla diversos seguimentos, tais como: o trabalho em equipe,

conhecimento institucional, conhecimentos específicos em oncologia, troca de saberes e experiências, gestão participativa, discussões clínicas periódicas, e co-responsabilização.

4.2. OFICINAS DE COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS

As dificuldades de comunicação entre o profissional de saúde e o paciente são geradas pela dissociação entre o curar e o cuidar. Esta reflete-se no distanciamento entre as práticas estritamente médicas de uso dos recursos biotecnológicos de tratamento e aquelas que visam a dar expressão e suporte à experiência de sofrimento. O excesso de demanda, a escassez do tempo e a falta de privacidade das instalações levam à imposição de decisões, tidas como necessárias e indiscutíveis, e à onipotência do saber técnico. Não se considera a escuta das necessidades daqueles que devem suportar a doença e o tratamento; não permitindo desta maneira, a participação do usuário como co-protagonistas desse processo.

A partir desse cenário, configurou-se a demanda de capacitação e a criação de espaços de troca de experiências sobre a comunicação de más notícias. Por isso, criou-se um dispositivo de trabalho de oficinas sobre a “Comunicação de Más Notícias” dirigidas inicialmente para os médicos, realizada no final de 2005.

Nessa oficina, foram desenvolvidas a discussão, a adaptação e a implementação do protocolo S.P.I.K.E.S.⁸ (anexo 5), voltada para os médicos do instituto e atendendo demanda de cuidado com o cuidador, referente ao sofrimento deste profissional no seu trabalho diário de atenção ao paciente com câncer.

A necessidade de integração ensino-prática apresentada neste estudo, e a realização do curso de Atualização na PNH (Política nacional de Humanização), mostraram-nos a necessidade de se estender a discussão da relação médico-paciente, para a relação profissional de saúde-paciente. Essa ampliação tem em vista a participação importante das demais categorias profissionais nos desdobramentos e elaboração das más notícias. Surgiu então a proposta do I Encontro Multiprofissional no Hospital do Câncer II/Instituto Nacional de Câncer para Comunicação de Notícias Difíceis no Tratamento - O Uso do Protocolo S.P.I.K.E.S. – atendendo a objetivos estratégicos como o de sustentar o envolvimento dos profissionais da área na dispensação de diferentes tipos de cuidado

⁸ Protocolo S.P.I.K.E.S. foi elaborado para aplicação ao paciente com câncer por profissionais de reconhecido prestígio, vinculados ao MD Anderson Câncer Center, da Universidade do Texas, EUA, e ao Sunnybrook Regional Câncer Center, da cidade de Toronto, no Canadá. Ele propõe seis etapas para a transmissão de más notícias.

demandados, e sua relação com a busca de um Modelo de Atenção em Câncer que siga as Diretrizes da Política Nacional de Humanização; através de novas formas de comunicação e validação de saberes e práticas profissionais, trazendo novos dispositivos para a ampliação da prática clínica. (PENELLO, 2006)

A organização desse Encontro pretendeu contribuir para o desenvolvimento do eixo “Cuidado com o Cuidador”, e tomou como desafio a Formação de Profissionais na Instituição, sendo direcionado aos que estavam, naquele momento, em estágio prático na Unidade II do INCA. O convite estendeu-se às demais instâncias do INCA, na perspectiva da consolidação de uma rede interna, e também às Unidades de Saúde do Rio de Janeiro, que participaram do curso de atualização na PNH e se mostraram interessadas em participar desse trabalho. Participaram noventa e quatro (94) profissionais, sendo dezesseis (16) destes, seus coordenadores e relatores.

A configuração e organização desse encontro pretenderam oferecer um espaço diferenciado de acolhimento a todos os profissionais-cuidadores. Realizaram-se discussões e troca de experiências em situações que requisitam o manejo de sentimentos importantes tanto do profissional quanto do paciente e seus familiares, Exemplos dessas situações são a comunicação do diagnóstico de Câncer, da recidiva e avanço da doença, que indicam a necessidade de amputar um membro ou retirar um órgão, ou mesmo a comunicação do fim do tratamento curativo e necessidade do início das medidas paliativas.

A metodologia adotada para o desenvolvimento desse encontro foi desenhada a partir da apresentação de um caso clínico para ser discutido à luz do protocolo S.P.I.K.E.S., em sua versão adaptada à realidade cultural brasileira, que permeia os cuidados de saúde e a atenção em Câncer.

Após a apresentação do caso, os participantes foram divididos em quatro grupos, cada qual tendo dois coordenadores e dois relatores. A partir daí foram registradas as reflexões e as propostas de intervenção dos profissionais sobre as questões levantadas pelo caso.

As conclusões e propostas de cada grupo foram apresentadas em plenária final. O fator principal observado diante das apresentações foi a importância real atribuída ao vínculo estabelecido entre profissionais de saúde-usuário-demaís profissionais e gestores para a potencialização da saúde de todos; a mudança do paradigma de “curar” para “cuidar”; e as dificuldades de dispor de tempo e privacidade necessários aos atendimentos.

Dentre as principais propostas, merecem destaque a necessidade de acompanhamento do preceptor em situações difíceis; a importância da avaliação da assimilação das informações dadas aos pacientes e conhecimento dos suportes com que pode contar em sua rede social; a importância do estabelecimento de relação de confiança e parceria com os pacientes e seus familiares, estabelecendo momentos de escuta de seus sentimentos em situações de descontrole; a participação de profissionais do HCIV⁹ durante o tratamento, para que não haja rompimento de vínculo no seu encaminhamento; a criação de espaços de troca na equipe, principalmente para os profissionais em formação; o reconhecimento dos limites e angústias vivenciadas pelos profissionais; criação de equipe de referência; retomada da anamnese como ferramenta comunicacional de primeira linha; o trabalho com empatia e “envolvimento”; a utilização de estratégias de dramatização com troca de papéis; o incentivo ao trabalho interdisciplinar e a co-responsabilização para o cuidado; a importância de um trabalho direcionado aos profissionais para que tenham suporte para lidar com as dores advindas do trabalho com a morte; marcação de nova oficina em outras unidades do INCA e o preparo de uma nova oficina no HCII em Abril, com a chegada dos novos especializando e residentes.

A necessidade permanente de “troca de experiências a partir dos depoimentos apresentados e o reconhecimento de que existem dificuldades comuns” mostram-nos a importância da continuidade desses encontros para orientar a atenção oncológica, através da articulação de todas as tecnologias disponíveis, as tecnologias relacionais e de cuidado e as tecnologias de ponta, que dão suporte ao diagnóstico e ao tratamento.

O II Encontro Multiprofissional no HCII de notícias difíceis no tratamento teve seu foco principal nos profissionais em formação (residentes e especializando) que estivessem, no momento, em estágio no HCII. Foram abertas também 10 vagas para os profissionais dessa Unidade que desejassem ampliar seus conhecimentos e participar da troca de experiências e de saberes.

Como no primeiro Encontro, vários pontos foram abordados pelos profissionais, dentre eles: falta de equipe de referência e projeto terapêutico singular; dificuldade em lidar com o medo do paciente e de incorporar qualitativamente a inovação tecnológica; não conhecimento do fluxo dos processos de trabalho e do fluxo de encaminhamento para o HCIV e do próprio HCIV pelos profissionais; dificuldade em lidar com o fracasso do

⁹ HCIV – unidade de tratamento de cuidados paliativos.

tratamento/má notícia; falta de privacidade e de espaço para troca de saberes e acompanhamento pelo staff; sobrecarga da assistência; inclusão do usuário nos processos; isolamento do setor de emergência; falta de comunicação entre os setores.

Baseado nos pontos citados acima surgiram várias propostas elaboradas pelos grupos a serem trabalhadas pelo Grupo de Trabalho de Humanização. É importante ressaltar que algumas destas já estão implantadas e outras se encontram em elaboração.

Dentre essas propostas se destacam: construção de estratégias para acolhimento pelas equipes; criar equipe de referência e o projeto terapêutico singular; revisão do processo de trabalho com relação ao fluxo do paciente, a criação de vínculo, trabalho interdisciplinar, apoio matricial, acolhimento; promover horizontalidade e compartilhamento; conhecer e discutir o fluxo de encaminhamento para o HCIV; facilitar o retorno com o médico; promover o amadurecimento pessoal e profissional, promovendo e criando espaços de troca e abertura para expor dúvidas e angústias; estimular maior dedicação dos profissionais com envolvimento e responsabilidade; criar mecanismos, através de adaptações ambientais, para permitir a privacidade de profissionais, familiares e pacientes; promover o fortalecimento da comunicação entre os diversos setores; espaço para troca entre residentes e staffs; criar mecanismos para melhor administração do tempo; sistematização do caso clínico institucional; triagem por classificação de risco; acolhimento no setor de emergência; disseminação dos direitos dos cidadãos; envolvimento dos familiares desde o início do processo; divulgação do saber de cada profissional e de sua possibilidade de atuação; dramatização como recurso para trabalhar a equipe.

Nesse segundo encontro, pode-se observar a importância da criação de estratégias para apoio na hora da transmissão de notícias difíceis do tratamento, assim como da continuidade de oportunizar esses espaços para troca de conhecimentos e experiências. É fundamental que se enfatize também a importância da participação dos profissionais em formação e da equipe multiprofissional.

Um dos principais problemas enfrentados pela equipe e pelos profissionais em formação para dar conta da demanda assistencial refere-se à questão tempo, fundamental para a construção de vínculos, tanto com os pacientes e familiares como entre os profissionais e as unidades. É, portanto, necessária a revisão dos processos de trabalho e também do fluxo de atendimento.

A participação médica neste encontro ainda ficou aquém da expectativa, o que nos aponta a necessidade de se organizar estratégias de sensibilização e de se estabelecer uma

programação de atendimento que priorize a participação desses profissionais nesses momentos, já que grande parte das propostas de mudanças e melhorias envolve a relação médico-paciente e médico-profissional de saúde.

Esses encontros nos permitiram desenvolver questões referidas nos conteúdos ressaltados na pesquisa pelos egressos dos cursos, na medida em que buscam o melhor preparo emocional dos profissionais para lidar melhor com as questões da finitude e da transmissão de más notícias, assim como para o enfrentamento de situações difíceis durante o tratamento de câncer, com vistas ao atendimento das necessidades dos clientes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A formação na área da saúde tem se apresentado como um grande desafio tanto para os gestores do sistema de saúde como para os centros de formação, devido à sua complexidade e também às exigências impostas pelo sistema de saúde brasileiro – ainda que se tenham decorridos 19 anos da institucionalização do SUS como uma política nacional de saúde. Torna-se, portanto, necessária a introdução de novas estratégias educacionais que permitam melhor analisar, compreender e intervir sobre o campo da saúde, dando condições aos profissionais de renovar constantemente suas condições de análise e interferência no processo saúde-doença-atenção.

Apesar dos avanços obtidos com a instituição dos princípios norteadores do SUS, incluindo a descentralização da atenção e da gestão, ainda enfrentamos problemas, tais como, fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os profissionais; falta de complementaridade entre a rede básica e o sistema de referência; baixo investimento na qualificação dos trabalhadores; despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção; formação dos profissionais de saúde distante do debate e da formulação da política pública de saúde, dentre outros.

Um dos aspectos que mais tem chamado à atenção quanto à avaliação dos serviços de saúde é o despreparo dos profissionais para lidar com a dimensão subjetiva que toda prática de saúde supõe. A falta de acolhimento e de continência aos aspectos emocionais do paciente pode conduzir ao abandono ou rejeição ao tratamento, muitas vezes levando-os a busca de caminhos sociais alternativos. Assim, é de fundamental importância a relação profissional-cliente no processo de adesão ao tratamento.

O serviço de saúde no Brasil tem, por um lado, servido como catalisador de propostas inovadoras na área de assistência e da gestão impulsionadas pelos princípios do SUS, mas, por outro lado serve também como um espaço de intenso processo de exclusão, segregação e banalização da dor e do sofrimento alheios, manifestado na apatia burocrática, no corporativismo e na omissão dos profissionais, na falta de ética, de respeito e de solidariedade na relação entre profissionais e destes com os usuários.

Tais elementos institucionais produzem sujeitos fragmentados, burocratizados na sua relação com os usuários, individualistas e distantes da percepção da sua própria importância para a sustentação da política de saúde, na qual estão inseridos,

submetendo-os à apatia e indiferença, causadas pelo desamparo. O modelo de gestão e a relação de poder das instituições de saúde condicionam comportamentos e posturas. O modelo organizacional que prevalece nas instituições de saúde ainda está centrado nos princípios clássicos do fordismo e do taylorismo onde o trabalhador não é considerado sujeito do processo de trabalho e as mudanças são direcionadas aos gerentes e supervisores.

Muitas vezes, a falta de interesse e de participação dos trabalhadores é gerada por um serviço em que o poder é imposto autoritariamente, as decisões são restritas a um pequeno número de participantes pertencentes a cargos mais altos na hierarquia organizacional; e os processos de trabalho restringem-se apenas a prescrever, centrados em procedimentos burocráticos. Nesse sentido, percebe-se a necessidade de criar novos arranjos para estimular novos padrões de relação que perpassem os trabalhadores, as equipes e os usuários, ampliando assim o comprometimento dos profissionais com a produção de saúde e favorecendo a troca de informações.

Segundo Merhy (2002), a reestruturação produtiva em saúde imposta pelo modelo médico hegemônico, e a crise da assistência à saúde são sustentadas pela falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços em torno do usuário e de seus problemas nas instituições, cujas soluções são atribuídas a elas. A humanização é o eixo estruturante da prática, a construção coletiva de valores e práticas. Alguns dispositivos, tais como a formação de equipes multiprofissionais para procedimentos, avaliação e orientação de pacientes; formação de grupos de estudo multidisciplinares; realização de visitas e discussão de casos com toda a equipe de profissionais; contribuem para a cooperação, a corresponsabilidade e o compartilhar de decisões no processo de assistência.

No entanto, para que essa cooperação ocorra, é preciso que os profissionais tenham disposição para “se abrir” ao outro, para buscar no outro aquilo que não sabe ou o que lhe falta, reconhecendo sua insuficiência e precariedade. Nesse sentido, as políticas educacionais, os programas de formação de profissionais de saúde e a normatividade (estabelecida pelas políticas de saúde e pela gestão dos serviços assistenciais) têm muito a fazer, mas, igualmente, muitos limites, freqüentemente subestimados (SÁ, 2005).

Diante da necessidade de intervirmos nessas questões, Ayres nos propõe “... habitarmos produtivamente nossa inquietação, buscando sempre a (intangível) justa medida entre o propor como queremos ser e o julgar como podemos ser a cada momento, do modo mais compartilhado, compartilhável e aberto à mudança de que formos capazes”. (AYRES, 2004 apud SÁ, 2005, p. 17).

Uma política de humanização deveria funcionar como uma estratégia de interferência no processo de produção de saúde, levando em conta que pessoas motivadas serão capazes de transformar realidades e a si próprios nesse mesmo processo. Os princípios que norteiam esta política são baseados na valorização da dimensão subjetiva e social; fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional; apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a construção de sujeitos; construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos; coresponsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e de atenção; estabelecimento de vínculos solidários; fortalecimento do controle social com caráter participativo; e compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente.

A humanização do serviço em saúde é um trabalho de natureza subjetiva, personalizada e, portanto, possui uma complexidade própria. Trata-se de um trabalho que tem como diretriz central o desenvolvimento técnico e emocional dos profissionais de saúde, de forma a dotá-los de condições adequadas para o atendimento ao usuário. O indivíduo bem capacitado, respeitado como profissional e como pessoa pela instituição a que pertence, que tem espaço para ser ouvido em suas dúvidas, angústias e necessidades, e que possui recursos adequados às exigências de seu trabalho, está mais apto a atender com eficiência e qualidade.

O desenvolvimento científico e tecnológico reforça a possibilidade de um trabalho que, praticamente, não requer a participação do usuário, pois ele amplia as possibilidades de identificação de anormalidades, antes mesmos destas se manifestarem através de algum sintoma. A anamnese, a conversa, a história do aparecimento dos sintomas, o olhar, a ausculta, a palpação e o toque do corpo do usuário deixam de ter tanta importância para o diagnóstico da doença, uma vez que ela pode ser revelada pelos exames laboratoriais e de imagem. Assim, ocorre um distanciamento da história de vida, das emoções, dos sentimentos e das condições sociais dos usuários e os atendimentos se restringem a procedimentos técnicos, à solicitação e análise de exames e à prescrição de medicamentos.

Por isso, desenvolve-se uma dificuldade de consideração da singularidade e da subjetividade de cada usuário no processo diagnóstico-terapêutico, e de percepção de outras dimensões que possam estar relacionadas ao adoecimento, tais como componentes subjetivos e sociais que possam estar envolvidos. Essa dificuldade faz com que muitos

problemas da vida sejam abordados com procedimentos e medicamentos e não como problemas a serem escutados, acolhidos e contornados pelo carinho, pelo vínculo, pela oferta de espaços de conversa e de outras ações e atividades.

Para ampliar a “escuta”, o “olhar” e a percepção dos profissionais é importante a aquisição de outros saberes e recursos tecnológicos. São valiosas as contribuições de campos de conhecimento como sociologia, antropologia, psicologia, psicanálise, educação, saúde pública, saber popular, entre outros. É importante também a aquisição de referenciais e de espaços de análise para entender o que acontece nesse momento do encontro com o usuário, com a dinâmica e com os afetos que são produzidos, com a subjetividade e os aspectos relacionais da prática (BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz, 2005).

A ampliação da prática clínica pressupõe a abordagem do doente para além da doença e suas queixas. Implica em considerar o doente como sujeito, visando ao aumento da autonomia e do auto-cuidado dos pacientes e familiares, considerando a dimensão subjetiva e social no processo do adoecer e ampliando a relação de confiança. É, portanto, um compromisso ético e radical com o sujeito doente, visto de modo singular. Assume-se desta maneira, a responsabilidade sobre ele, buscando a intersectorialidade e reconhecendo os limites do conhecimento e das tecnologias utilizadas (CAMPOS, 2003).

É evidente que não se muda uma cultura de assistência unicamente com capacitações dirigidas aos profissionais; mas um investimento sério na formação pode, certamente, fortalecer questões outrora consideradas utópicas ou fora do âmbito e do “papel” da assistência. É preciso refletir sobre os limites das estratégias de educação/formação profissional e “sensibilização” dos profissionais de saúde com vista à recuperação da dimensão cuidadora na produção da assistência à saúde, já que esta dimensão interativa/intersubjetiva da prática assistencial em saúde é aquilo que mais escapa às estratégias gerenciais de monitoramento, avaliação e controle (SÁ, 2005).

A idéia de equipe de referência contribui para tentar resolver ou minimizar a falta de definição de responsabilidade, de vínculo terapêutico e de integralidade na atenção à saúde, no sentido de oferecer um tratamento digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo. Essas equipes obedecem a uma composição multiprofissional de caráter transdisciplinar, possibilitando vínculos e olhares diferentes sobre o sujeito doente. (CUNHA, 2004).

A transdisciplinaridade é vista aqui como uma atitude de buscar compreender os problemas de saúde como algo além do que é produzido pelas disciplinas individualmente, com respeito à diversidade dos vários saberes e, ao mesmo tempo, de busca da unidade nas interações para melhorar a compreensão e a inter-atuação nos projetos terapêuticos.

Iniciativas que visam à qualificação da formação no campo da saúde decorrentes, sobretudo, da necessidade de se romper com a segmentação entre territórios disciplinares (entre ciências naturais e humanas, por exemplo); superar dicotomias entre saúde coletiva e a clínica, o indivíduo e o coletivo etc, são de grande relevância, pois tendem a superar problemas complexos por meio de ações inovadoras nas práticas pedagógicas. O enfrentamento dessa tradição marcada pelo isolamento dos especialismos requer uma abordagem transdisciplinar que incentive a produção de conhecimento na interface entre as disciplinas (PASSOS; BENEVIDES, 2005).

Organizar serviços e práticas de saúde em consonância com as especificidades loco - regionais impõe enormes desafios. É nessa questão que a produção de conhecimento, tomando por referência os problemas derivados da práxis dos serviços de saúde, se apresenta como um requisito fundamental para o enfrentamento dos desafios de gestão e sanitários do País. O processo de produção de conhecimento deve ter a participação do profissional acerca de sua prática, não devendo ser realizado na distância da academia por relação ao campo de investigação. Ao trabalhar-se coletivamente na identificação e explicação de problemas e na construção de estratégias, aumenta-se o compromisso e a responsabilização dos diferentes participantes com o processo. Assim, cresce a chance de as propostas saírem do papel e ganharem concretude.

O que se pretende é promover a articulação entre dois tipos de conhecimentos, o explícito e o implícito, e a conversão deste naquele, além da interiorização do uso do conhecimento explícito para ampliar, expandir e reconfigurar a base do conhecimento implícito. A articulação e a interiorização referidas são as fases fundamentais da espiral do conhecimento e ambas exigem envolvimento pessoal ativo, o que significa: comprometimento pessoal.

Em 2005, o INCA foi reconhecido como Instituição de ensino pelos Ministérios da Educação e da Saúde, através da portaria interministerial n 862, de 7 de junho, formando profissionais de saúde para a Rede de Atenção Oncológica, através da

identificação de demandas de formação, visando a uma rede descentralizada de instituições formadoras de profissionais em oncologia no país. (Ministério da Saúde, 2005).

A capacitação profissional na área oncológica tem papel cada vez mais estratégico na prevenção e controle do câncer no país, tornando-se imprescindível ao desenvolvimento e sustentação de vários programas do INCA que, para se estruturarem, necessitam continuamente de recursos humanos qualificados. As especificidades desse processo estão relacionadas com a integração ensino-serviço, por meio do modelo baseado em competências, que associa os conteúdos teóricos básicos e específicos às competências desempenhadas nas atividades práticas.

O modelo de competências em geral, na forma como vem sendo discutido na gestão de pessoas, se restringe à criação de conhecimentos a partir da reprodução de experiências, do implícito para o explícito, permitindo assim que seja compartilhado, reconhecido e certificado.

Cabe ao INCA rever o processo de formação dos docentes, possibilitando aos trabalhadores a intervenção na gestão do trabalho e nas decisões que afetam o processo produtivo e propiciando-lhes espaços para participar, propor modificações e sugestões sobre concepções, métodos e procedimentos de trabalho. Isso estimularia o aumento da autonomia, do poder de decisão, do aprendizado prático para reflexão teórica a partir de situações vivenciadas no cotidiano para a construção de competências.

A proposta desse estudo foi trabalhar os conteúdos dos cursos e a aprendizagem em oncologia, a partir do desenvolvimento de diferentes dimensões de competências definidas por Deluiz, o que vai permitir a reflexão, a criação e intervenção nos processos de trabalho, permitindo o desenvolvimento da capacidade de utilizar saberes, na resolução de problemas, com autonomia e criatividade, rompendo com o conceito “na teoria a prática é outra”.

Dessa forma, é possível articular ensino-serviço como base para um processo de formação dentro de uma instituição de ciência e tecnologia em saúde. Isso significa qualificar o saber fazer para que não seja reprodutivo, mas inovador, ou seja, preparar os profissionais para trabalhar com o novo, com as especificidades e refletir sobre suas práticas.

A política de humanização que vem sendo desenvolvida hoje no INCA deve servir como eixo e referência para reestruturação do processo de formação de seus profissionais. A metodologia utilizada para a implementação dessa política, visa a articular

os conteúdos teóricos e práticos e promover as competências, tornando o profissional capaz de resolver os problemas que se apresentem, de forma criativa, inovadora, e tecnicamente correta, utilizando os conhecimentos teóricos e práticos acumulados.

Pensar a incorporação da dimensão subjetiva e dos princípios da humanização nos processos de formação no INCA, traduz-se na reflexão crítica sobre as práticas de saúde e as relações desses profissionais, sendo, portanto um processo de educação permanente que é parte de um cenário existente e pretende transformá-lo em um cenário idealizado.

Entendendo que as propostas de mudança organizacional devem considerar o processo de formação dos novos profissionais, ou seja, uma nova mentalidade que admita desde o princípio, o trabalho inter e transdisciplinar, é requerido dessa instância, especial atenção aos modos de produção do conhecimento e a criação de dispositivos capazes de abrigá-lo.

PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO

Com o objetivo de estabelecer um diálogo entre os resultados analisados e as questões que motivaram a realização desse estudo, procuramos construir uma proposta de intervenção, visando contribuir com a gestão institucional e com o planejamento de processos educativos. Buscamos também uma proposta afinada às necessidades e requerimentos da sociedade e atualizada em função da evolução da ciência e da tecnologia.

Para se buscar conhecimentos necessários para a definição de mudanças, é necessária uma política institucional orientada por uma filosofia de trabalho que não dependa apenas de mudanças na estrutura física, mas sim na transformação dos processos de trabalho e da formação dos profissionais.

É importante assegurar nos processos de formação em pós-graduação em enfermagem do INCA, a articulação e o diálogo entre teoria e prática, através da prática problematizada, reflexiva e transformadora, como estratégia para dar conta da articulação dos campos da educação, saúde e trabalho. Dessa maneira, estaremos oferecendo um saber qualificado, em que o profissional se identifica como integrante da equipe de saúde e responsável pelo seu processo de trabalho.

É a partir desse olhar que propomos a articulação dos Grupos de Trabalho de Humanização das unidades do INCA, com o Centro de Educação e Divulgação Científica

do INCA, através de uma agenda sistemática de reuniões entre profissionais, preceptores, alunos e coordenadores, na busca de lacunas de conhecimentos, ampliação e sistematização do processo de avaliação e desenvolvimento dos processos de formação de docentes.

Através dessa articulação entre a Humanização e a Educação, podem ser analisadas também a dimensão dos espaços coletivos para discussão e preparo para lidar com a finitude. Essas práticas aparecem como uma necessidade na análise dos resultados, podendo ser abordadas pela realização de discussões de casos clínicos institucionais e de encontros para discussão de transmissão de notícias difíceis de tratamento.

As experiências pedagógicas desenvolvidas na Unidade II do INCA, e relatadas no capítulo 4, devem servir como uma abordagem integradora em todas as Unidades do INCA, ampliando a participação dessa experiência e promovendo o desenvolvimento de competências. Além disso, seria proporcionada a transformação do ambiente de trabalho em ambiente de aprendizagem, a partir de uma visão ampla e não fragmentada dos processos organizacionais. Dessa maneira, estaremos também disponibilizando dispositivos que possibilitem e desenvolvam o manejo das relações intersubjetivas no ato de cuidar.

Apesar de não ter aprofundado a discussão sobre a construção de currículos, fica notório que, embora a organização dos processos de trabalho se dê de forma multidisciplinar, a formação ainda é segmentada e determinada pelos pares, não havendo uma articulação multiprofissional na discussão de conteúdos dos programas de formação. Essa articulação seria um avanço no sentido de proporcionar o confronto de diferentes pontos de vista e vivências, a identificação de problemas, limites e possibilidades e a construção de propostas e implementação de mudanças. O desenvolvimento de casos clínicos institucionais e encontros de transmissão de más notícias servem como um embrião para essa discussão, porém não dão conta da profundidade necessária que requer o desenvolvimento dos processos de pós-graduação, para a garantia de consistência e coerência do mesmo.

DESDOBRAMENTOS DA PESQUISA

Reunião realizada com a Coordenação de Ensino e a Coordenação de Humanização, em 26 de Julho de 2007 com a seguinte pauta: Apresentação dos resultados da pesquisa para a equipe do INCA; discussão de como encaminhar as sugestões e propostas indicadas na pesquisa no que se refere ao conteúdo da Humanização na prática dos alunos da residência e especialização.

ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO CONSENSUADAS

Inserção de práticas de discussão clínica, tirando o professor da sala de aula e trazendo para junto ao cliente – aluno-preceptor; ensino-serviço em todas as clínicas.

Participação da pesquisadora na discussão e revisão de novos critérios de avaliação de forma a levar as demandas identificadas na pesquisa.

Revisão de projetos de ensino através de: ensino de metodologia; preparo para a preceptoria e humanização; através da articulação com o Recursos Humanos.

Disseminação da discussão da finitude, através de seminários e oficinas em todas as Unidades.

Intervenção na prática com a extensão das experiências pedagógicas em todas as clínicas.

Participação da pesquisadora em reunião da gerência das coordenações dos cursos para propostas de construção multidisciplinar dos conteúdos dos programas de formação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSAD, L.G. O Hospital Universitário Pedro Ernesto: cenário de aprendizagem para o enfermeiro na prática assistencial. (Tese de Doutorado) Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2003.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. Comissão de Ciência e Tecnologia, Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde: uma proposta. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2002.

BARROS T.M. Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde. (Tese de Mestrado) Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2002.105p.

BENEVIDES, R, PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. ABRASCO, Ciência e saúde coletiva, v. 19, n. 3, p.561-571, jun/ set 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional da Assistência Hospitalar. Brasília: MS: 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde Política Nacional de Humanização: Relatório final da Oficina HumanizaSUS. Brasília: M.S. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem-análise do contexto da gestão e das práticas de saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Diretrizes Institucionais 2005. Rio de Janeiro: INCA, 2005.

CAMON, V.A.A. Urgências Psicológicas no Hospital .São Paulo, 2002.

CAMPOS, G.W.S. A Clínica do Sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: CAMPOS, G. W. S. Saúde Paidéia. São Paulo: Ed. Hucitec, 2003.

CASSIOLATO, J.E. A economia do conhecimento e as novas políticas industriais e tecnológicas. IN: LASTRES, H.M. M; ALBAGLI, S. (Ed.) Informação e globalização na era do conhecimento. Rio de Janeiro: Editor Campus, 1999.p, 164-190.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3/2001. Diário Oficial da União, Brasília, 2001. Seção 1 ,p37.

CUNHA,G; ESCÓSSIA.L.;PEREZ,B. Cartilha da PNH. Brasília:MS,2004.

DELUIZ, N. Formação dos trabalhadores: produtividade & cidadania, Rio de Janeiro: editora shape, 1995.

A globalização econômica e os desafios à formação profissional. Bol. Téc. Senac, v.22, n.2,p.249-263, maio/ago, 1996.

Mudanças no mundo do trabalho e necessidades de qualificação de trabalhadores de saúde. In: REUNIÓN DE LA RED LATINOAMERICANA DE TÉCNICOS EN SALUD OPS/OMS - FIOCRUZ, Rio de Janeiro. Anais...Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

GIBBONS, M et all- The New Production of Knowledge . London: Sage Publication, 1997.

HOSPITAL MÁRIO GATTI – Coreme - Inovação e humanização nos programas de residência na área de saúde - Hospital Municipal Dr Mário Gatti SUS - Campinas, janeiro 2004.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER – Programa de Ensino do INCA. Rio de Janeiro: 2002. p.54

Programa de Residência em Enfermagem Oncológica. Regulamento. Rio de Janeiro: 2003.p.3-4.

Programa de Ensino do INCA. Rio de Janeiro: 2005. p.21

IRIGOIN, M. E. B. et VARGAS, F. Z. Competência profissional – Manual de conceitos, métodos e aplicações no setor de saúde. Editora Senac, Rio de Janeiro, 2004.

LUNDVALL, B.A. National Systems of Innovation: towards a theory of innovation and interactive learning. London: Pinter,1995.

MARINS, J.J.N. et al Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades: São Paulo: Hucitec, 2004.

MARTINS, M.I.C. A transcrição tecnológica na área da saúde: desafios para a gestão de recursos humanos, Rio de Janeiro: (s.n.), 2002.

MERHY, E.E. Saúde a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde. São Paulo: Hucitec, 2004.

NONAKA, I. A empresa criadora de conhecimento. In: STARKEY, K. Como as organizações aprendem. São Paulo: Futura, 1997.

PEDUZZI, M. Equipe multidimensional de saúde: a interface entre trabalho e interação, Campinas: (s.n.), 1998.

PELEGRINO, H. Lucidez embriagada. Ed. Planeta do Brasil. São Paulo, 2004.

PENELLO, L.M. Relatório HumanizaINCA. Rio de Janeiro, 2006 (mimeo)

PIRES, D. Processo de trabalho em saúde, no Brasil, no contexto das transformações atuais na esfera do trabalho. Estudo em instituições escolhidas. (Tese de Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. São Paulo, 1996.

SÁ, M.C. Em busca de uma porta de saída: os desafios da solidariedade, da cooperação e do cuidado com a vida na porta de entrada de um hospital de emergência. São Paulo: USP, 2005.

SANTANA, C.J.M. O egresso da residência em enfermagem do Instituto Nacional de Câncer e sua prática especializada. Tese de Mestrado – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2004.

SILVA, J. P. V; TAVARES, C. M. M. Integralidade: dispositivo para a formação crítica de profissionais de saúde. Trab. Educ. Saúde, v.2,n.2,p.271-285,2004.

SILVA, M. Aula inaugural da ENSP/Fiocruz, 2007.

VARGAS, M.A. Proximidade territorial, aprendizado e inovação: um estudo sobre a dimensão local dos processos de capacitação inovativa em arranjos e sistemas produtivos no Brasil. Tese (Doutorado em Economia) - Instituto de Economia-Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

ZARIFIAN, P. Objetivo competência: por uma nova lógica. São Paulo: Atlas, 2001.

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO da PESQUISA: Incorporação da dimensão subjetiva do trabalho e dos princípios da Humanização no processo de formação dos profissionais de enfermagem nos programas de residência e especialização do INCA

Nome do voluntário: _____

Você está sendo convidado para participar de um estudo na área de Enfermagem intitulado “Incorporação da dimensão subjetiva do trabalho e dos princípios da Humanização no processo de formação dos profissionais de enfermagem nos programas de residência e especialização oncológica do INCA”. Você foi selecionado por fazer parte dos egressos de residência e especialização lotados no Hospital do Câncer II, onde será realizado o estudo e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar o seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador, com sua chefia ou com a instituição.

Este estudo é relevante para o Instituto Nacional de Câncer como órgão do Ministério da Saúde e uma instituição integrante da área de Ciência e Tecnologia e reconhecido como instituição de geração e difusão de conhecimento, e tem como objetivo integrar a área de assistência e ensino identificando as principais questões relativas ao sofrimento do trabalho e as estratégias de defesa utilizadas pelos profissionais em relação ao cuidado diário de pacientes com câncer, e avaliar em que medida o processo de formação vem contribuindo para minimizar ou potencializar estas questões.

Você receberá o termo de consentimento livre e esclarecido, assim como um questionário, que deverá ser depositado, em envelope não identificado, em uma urna que estará disponível em local aberto, resguardando a sua privacidade na participação deste estudo. O questionário poderá ser entregue preenchido ou em branco. Se você for enfermeiro gerente preceptor, você será convidado a participar da segunda fase do estudo onde será realizada a técnica de grupo focal. Esta técnica é uma discussão em grupo, guiada

por perguntas em ambiente neutro, sob a coordenação do pesquisador e de um assistente, sendo gravadas as falas em fitas K7.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e será assegurado o sigilo sobre sua participação. Seu nome não será revelado em qualquer relatório, publicado ou apresentado resultante deste estudo. Todo o material coletado durante a pesquisa (questionário, fitas K7, etc) serão mantidos em armário com chave, sob total responsabilidade do investigador principal, cujo acesso será restrito aos profissionais envolvidos neste estudo.

O benefício potencial da sua participação dos profissionais no estudo é que você estará colaborando com a gestão institucional e com o planejamento de processos educativos na construção de grades curriculares do processo de formação de novos enfermeiros da área oncológica, além de participar da evolução da ciência e tecnologia, otimizando recursos humanos, melhorando a qualidade de vida do cuidador e proporcionando melhores condições e preparo para a preceptoria. No entanto não haverá qualquer tipo de ressarcimento, pagamento ou indenização devido a sua participação neste estudo.

Por intermédio deste Termo são-lhes garantidos os seguintes direitos: (1) solicitar, a qualquer tempo, maiores esclarecimentos sobre esta Pesquisa; (2) sigilo absoluto sobre nomes, apelidos, datas de nascimento, local de trabalho, bem como quaisquer outras informações que possam levar à identificação pessoal; (3) ampla possibilidade de negar-se a responder a quaisquer questões ou a fornecer informações que julguem prejudiciais à sua integridade física, moral e social; (4) opção de solicitar que determinadas falas e/ou declarações não sejam incluídas em nenhum documento oficial, o que será prontamente atendido; (5) desistir, a qualquer tempo, de participar da Pesquisa.

Em caso de dúvidas você poderá entrar em contato com a Enfermeira Andréa Cristina Fortuna de Oliveira no telefone (21) 22764938 ou (21) 22764857. Se você necessitar tirar outras dúvidas com relação ao estudo, também pode contar com uma terceira pessoa imparcial, a Coordenadora do Comitê de Ética do Instituto Nacional do Câncer Dra Adriana Scheliga na rua André Cavalcanti, nº 37 , 2º andar. Telefone (21)

32331410, como também com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/ENSP na Rua Leopoldo Bulhões, nº 1480 sala 314 mangueiras rio de Janeiro; telefone: (21) 25982863.

“Declaro estar ciente das informações constantes neste “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”, e entender que serei resguardado pelo sigilo absoluto de meus dados pessoais e de minha participação na Pesquisa. Poderei pedir, a qualquer tempo, esclarecimentos sobre esta pesquisa; recusar a dar informações que julgue prejudiciais a minha pessoa, solicitar a não inclusão em documentos de quaisquer informações que já tenha fornecido e desistir, a qualquer momento, de participar da Pesquisa. Fico ciente também de que uma cópia deste termo permanecerá arquivada com o pesquisador do Instituto Nacional do Câncer responsável por esta Pesquisa.”.

Rio de Janeiro, _____, de _____ de 200

Participante:

Endereço Institucional:

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE 2

Prezado Enfermeiro

Solicito o seu depoimento em forma de questionário para dar encaminhamento a minha tese de mestrado profissional intitulada “incorporação da dimensão subjetiva do trabalho em saúde e dos princípios da humanização no processo de formação dos profissionais de enfermagem nos programas de residência e especialização oncológica do INCA” desenvolvido na ENSP. Trata-se de coleta de dados que irão subsidiar análise de resultados com objetivo de contribuir para a avaliação do processo de formação em serviço na área de enfermagem oncológica no INCA, tomando como referencia os princípios da humanização. É importante esclarecer que o estudo respeita em todos os seus aspectos o anonimato dos participantes e dos setores mencionados por eles, e caso haja qualquer tipo de impedimento ou constrangimento ao responder as questões, o participante poderá deixar de responder as questões que achar pertinente não trazendo nenhum impedimento de continuar, nem prejuízo para o mesmo.

Desde já agradeço sua colaboração

Andréa Cristina Fortuna de Oliveira

Questionário

I- Dados de identificação:

- 1- Sexo: Masculino () Feminino ()
- 2 - Estado Civil: _____
- 3 – Idade _____ (em anos)
- 4 – Tempo de formação: _____
- 5 – Vínculo de trabalho: () MS permanente () MS Temporário () FAF
- 6 – Turno de trabalho: Diarista () Plantonista dia () Plantonista noite ()
- 7 – Setor de trabalho: () Internação () Pronto Atendimento () Ambulatório
- 8 – Há quanto tempo trabalha no INCA? _____(em meses)

II - Dados sobre processo de formação:

A formação recebida na residência e ou na especialização no INCA atendeu às suas expectativas?

Sim ()

Não ()

Justifique:

2-O processo de formação contribuiu para mudanças e qualificação da sua prática profissional?

() Sim () Não

Cite três que você consideraria mais importantes:

3-O estágio prático no seu processo de formação proporcionou a você novos aprendizados?

() Sim () Não

4 – Você se sentiu acompanhado pelo tutor neste processo?

() Sim () Não

5 - A questão da finitude e transmissão de más notícias foi discutida durante a formação?

() Sim () Não

5.1-Em caso positivo de que forma?

Nas aulas teóricas ()

A partir das situações vivenciadas nos estágios ()

Em ambas as situações ()

6- Durante o estágio você teve espaço para expressar suas dúvidas e angústias?

Sim Não

Como? _____

7-Durante sua formação prática foram aplicados instrumentos de avaliação do processo de aprendizagem dos alunos pelos preceptores?

Sim ()

Não ()

8 – Que sugestões você teria em relação ao processo de avaliação?

9- No seu estágio prático você teve oportunidade de desenvolver sua capacidade de:
Assinale.

Criatividade

Iniciativa

Liderança

Negociação

Tomada de decisão

Trabalho em equipe

Gestão do trabalho em enfermagem

Enfrentamento de situações imprevistas, novas

10- Estes temas foram abordados por:

Iniciativa dos alunos, a partir de situações vivenciadas na prática ()

Iniciativa dos tutores durante o processo de orientação ()

Iniciativa individual em situações pontuais ()

III - Competências tácitas com foco na Humanização

O cuidado de enfermagem em oncologia reveste-se de grande complexidade requerendo do profissional uma competência que vai além da esfera técnica científica, com implicações em várias facetas de seu existir, dado seu esforço para viabilizar um cuidado ético lidando com as mais diversas situações que se apresentam no cotidiano. Nesse sentido, ele busca estratégias de defesa que lhe possibilite o enfrentamento do desgaste a que é submetido em seu trabalho, e ao mesmo tempo contemplem a humanização do atendimento ao usuário.

1-O que você acha mais difícil no cuidado diário com pacientes com câncer? Assinale apenas a de maior dificuldade

Discutir o diagnóstico e o tratamento ()

Lidar com a dor durante os procedimentos ()

Estimular a força de vontade e o pensamento positivo diante do quadro apresentado ()

Envolver família/amigos do paciente ()

Ser honesto, mas não tirar as esperanças ()

Lidar com as emoções do paciente ()

2-Nesta perspectiva, você se sente preparado (a) para lidar com pacientes com câncer?

() Sim () Não

2.1 – Em caso positivo, em que ponto de vista?

Do ponto de vista técnico ()

Do ponto de vista pessoal ()

Ambos ()

3-Você tem dificuldades na relação enfermeiro-cliente do ponto de vista do envolvimento emocional?

() Sim () Não

3.1- Como você costuma lidar nestas situações com as suas dificuldades? *

Fazendo uma abordagem extremamente técnica ()

Com indiferença ()

Fugindo das situações que possam demandar uma relação mais pessoal? ()

Maior aproximação ()

Conversa com outros profissionais ()

Extravasa com “brincadeiras” ()

Utiliza algum plano ou estratégia () Neste caso qual? _____

*Admite mais de uma resposta

4- Você acha que seria válido haver uma discussão sobre este tema durante a formação?

Sim acho válido ()

Não acho necessário ()

5- Você acha que a assistência prestada no seu setor atende as necessidades dos clientes?

() Sim () Não

6- Como você se sente trabalhando em equipe? *

Tem dificuldade de compartilhar o trabalho em grupo ()

Aceita passivamente o trabalho em grupo ()

Trabalha em grupo fazendo sua parte ()

Trabalha ativamente em grupo e contribui com a equipe ()

Administra conflitos e promove sinergia grupal ()

Influencia decisivamente os resultados do grupo ()

*Admite mais de uma resposta

7- Como você se sente com relação à flexibilidade em relação às situações novas? *

Resiste a novas situações e/ou críticas ()

Envolve-se parcialmente com novas situações e/ou observa críticas ()

Participa das inovações e/ou considera críticas ()

Compromete-se com as exigências demandadas pelo cenário atual e/ou incorpora críticas ()
Ousa diante de uma realidade competitiva e/ou apresenta novos comportamentos()
Empreende nas atitudes inovadoras assegurando resultados da sua área e/ou supera dificuldades de comportamento ()
*Admite mais de uma resposta

8- Você se considera um profissional que tem iniciativa? *
Atua sem necessidade de supervisão em situações cotidianas ()
Age com determinação e persistência frente às dificuldades ()
Enfrenta prontamente situações de crise ()
Age com antecipação e previne problemas ()
*Admite mais de uma resposta

9- Como você costuma atuar como líder de equipe? *
Não possui esta competência, prefere ser liderado ()
Define metas e orienta a equipe ()
Promove o entendimento da contribuição da equipe para a Instituição ()
Estimula a equipe ()
Promove o desenvolvimento da equipe ()
Fortalece a autonomia da equipe ()
*Admite mais de uma resposta

10- Como você atua nos processos que exigem tomadas de decisão? *
Toma decisões simples ()
Toma decisões complexas ()
Assume riscos e toma decisões com incerteza ()
Assume risco e toma decisões complexas de grande impacto no trabalho ()
Aguarda decisões dos superiores ()
*Admite mais de uma resposta

11- Como você negocia com usuários, colegas e chefias? *

Participa de negociações, recebendo, verificando e respondendo às proposições da outra parte ()

Lidera na negociação de acordos simples ()

Estrutura negociações com múltiplos atores ()

Estabelece relações duradouras ()

Procura mediar e resolver conflitos ()

Não costuma utilizar a negociação ()

*Admite mais de uma resposta

12- Como você atua nas situações que demandam o uso da criatividade? *

Melhora processos e soluciona problemas ()

Busca continuamente a melhoria de processos e solução de problemas ()

Cria soluções inovadoras ()

Encoraja novas idéias ()

*Admite mais de uma resposta

13-Que conteúdos você acha que devem ser abordados no processo de formação dos enfermeiros nos estágios práticos e qual a melhor forma de abordá-los?

APÊNDICE 3

Carta Convite

Prezado enfermeiro,

Gostaria, em primeiro lugar, de agradecer àqueles que participaram e contribuíram da primeira fase da pesquisa, respondendo ao questionário para dar embasamento a minha tese de mestrado profissional intitulada “Incorporação da dimensão subjetiva do trabalho em saúde e dos princípios da humanização no processo de formação dos enfermeiros nos programas de residência e especialização oncológica do INCA” desenvolvida na ENSP, cujo objeto de estudo é a formação de pessoal na área de enfermagem, articulando conhecimentos e habilidades técnicas, sociais e humanas.

Neste segundo momento, estou convidando-lhe a participar da técnica de grupo focal para discutir diversos aspectos, que servirão como subsídios para a análise-síntese dos resultados obtidos. essa discussão tem o objetivo de contribuir para a avaliação do processo de formação em serviço na área de enfermagem oncológica no INCA, tomando como referência os conceitos de competência e as diretrizes da humanização

A técnica de grupo focal não tem como objetivo testar conhecimentos e nem tem por fim persuadir os participantes. o objetivo é um debate a cerca dos temas propostos. Os atores sociais escolhidos foram os enfermeiros preceptores atuantes na unidade II do INCA e os dois coordenadores dos cursos de residência e especialização oncológica.

O encontro acontecerá no dia 02 de abril de 2007, de 9h às 11h, na sala de supervisão de enfermagem, localizada no quinto andar do HCII.

Desde já agradeço a sua colaboração,

Andréa Cristina Fortuna de Oliveira.

APÊNDICE 4

Roteiro a ser utilizado no grupo focal (ASSAD, 2003)

1-Abertura da sessão:

- Boas vindas
- Apresentação

Dinâmica: informações sobre a pesquisa e grupo focal, lanche, preenchimento de cadastro, discussão de grupo

Informação dos objetivos e finalidades da pesquisa:

Objeto do estudo: Formação de pessoal na área da enfermagem articulando conhecimentos e habilidades técnicas, sociais e humanas.

Objetivos: Identificar as principais questões relativas ao sofrimento do trabalho e as estratégias de defesa utilizadas pelos profissionais em relação ao cuidado diário de pacientes com câncer, a partir da percepção dos profissionais de enfermagem da área de oncologia.

- Informação dos objetivos e finalidades do grupo focal:

Conceito: uma técnica de pesquisa que utiliza sessões grupais em que os sujeitos do estudo discutem vários aspectos de tópico específico.

Não tem como objetivo testar conhecimentos

Não tem por fim persuadir

O objetivo é um debate a cerca dos temas propostos

O grupo foi escolhido a partir da participação nos cursos de residência e/ou especialização em enfermagem do INCA - referencial da pesquisa

Apresentação dos participantes do grupo entre si, distribuição dos crachás e dos formulários de consentimento

Esclarecimento da dinâmica das discussões

Tempo – até duas horas

Gravação – necessária para assegurar a fidedignidade do conteúdo para análise posterior. Será transcrito pelo pesquisador

Regras básicas de convivência: celulares, respeito a fala do outro, dinâmica das falas, pontualidade, tempo de tolerância para entrada, observância do sigilo quanto as informações trazidas no grupo.

Apresentação do guia de temas

Síntese do momento

Encerramento da sessão- - agradecimento.

Guia de temas:

1) O que o grupo entende por humanização no contexto do INCA?

2) Como estes conceitos vêm sendo abordados no processo de formação dos enfermeiros?

3) Como vocês descreveriam a articulação entre a formação teórica e a parte prática orientada por vocês (tutorial)?

4) Quais as competências básicas necessárias ao trabalho dos enfermeiros na área de oncologia e como estas questões vêm sendo abordado no processo de formação em serviço?

5) Como vocês percebem o papel do preceptor no processo de formação em serviço, limites e possibilidades?

ANEXO 1

Oficinas de trabalho sobre

“como comunicar situações difíceis no tratamento”

Roteiro baseado no protocolo S.P.I.K.E.S.

Objetivos:

1.1 – escutar o paciente* com a finalidade de conhecer o seu grau de informação sobre a doença, suas expectativas e preparo para receber a má notícia;

1.2 - transmitir informação médica de forma inteligível, de acordo com as possibilidades, necessidades e desejos do paciente;

1.3 - dar suporte ao paciente, utilizando habilidades profissionais para reduzir o impacto emocional e a sensação de isolamento experimentados por quem recebe a má notícia;

1.4 - desenvolver uma estratégia, sob a forma de um plano de tratamento, com a contribuição e colaboração do paciente.

* Considerar, sempre que o documento se referir ao *paciente*, a extensão para o *acompanhante, familiar ou cuidador*, quando necessário ou possível.

Etapas e recomendações (valores):

Etapa 1 – planejando a entrevista:

- Rever os dados que fundamentam a má notícia: resultados de exames, tratamentos anteriores, literatura médica e informações gerais sobre o paciente;
- Avaliar seus próprios sentimentos – positivos e negativos – sobre a transmissão dessa má notícia, para este paciente;
- Buscar ambiente com privacidade; informar sobre restrições de tempo ou interrupções que possam ser inevitáveis; desligar o celular ou pedir a um colega para atendê-lo;
- Envolver pessoas importantes, se este for o desejo do paciente;
- Sentar-se e colocar-se disponível para o paciente.

Etapa 2 – avaliando a percepção do paciente: “antes de contar, pergunte.”

- Procurar saber como o paciente percebe sua situação médica (o que tem, se é sério ou não); o que já lhe foi dito sobre o seu quadro clínico e o que procurou saber por fontes leigas ou profissionais, internet, etc.; qual a sua compreensão sobre as razões pelas quais foram feitos os exames;

- Perceber se o paciente está comprometido com alguma variante de negação da doença: pensamento mágico; omissão de detalhes médicos essenciais mas desfavoráveis sobre a doença ou expectativas não realistas do tratamento;
- Corrigir desinformações e moldar a má notícia para a compreensão e capacidade de absorção do paciente.

Etapa 3 - avaliando o desejo de saber do paciente e obtendo o seu pedido por informações:

- Procurar saber, desde o início do tratamento, se o paciente deseja informações detalhadas sobre o diagnóstico, prognóstico e pormenores dos tratamentos ou se quer ir pedindo informações gradativamente;
- Oferecer-se para responder a qualquer pergunta ou para falar com familiares ou amigos;
- Negociar a transmissão de informação no momento em que se pede exames: se o paciente vai querer detalhes sobre os resultados ou apenas um esboço que possibilite a discussão do plano de tratamento.

Etapa 4 - transmitindo a notícia e informações ao paciente:

- Anunciar com delicadeza que más notícias estão por vir; dar tempo ao paciente para se dispor a escutá-las;

- Evitar termos técnicos, adaptando-se ao vocabulário e nível de compreensão do paciente;
- Evitar a dureza excessiva, amenizando a transmissão de detalhes desnecessários;
- Informar aos poucos, buscando conferir o progresso de sua compreensão;
- Quando o prognóstico é ruim evitar transmitir desesperança e desistência valorizando, ao contrário, os cuidados paliativos, o alívio dos sintomas e o acompanhamento solidário.

Etapa 5: validando a expressão de sentimentos e oferecendo respostas afetivas às emoções dos pacientes (e familiares):

- Favorecer a expressão dos pacientes e familiares sobre o impacto da má notícia, dando voz a seus sentimentos e emoções para ajudá-los a superar estados de choque e evitar o descontrole;
- Acolher a legítima expressão de sentimentos de ansiedade, raiva, tristeza ou inconformismo dos pacientes e familiares dando-lhes algum tempo para se acalmarem e abrindo-lhes as possibilidades de continuidade do acompanhamento;

- Buscar respostas de reconhecimento e sintonia afetiva, ensaiar perguntas exploratórias que favoreçam a expressão dos sentimentos e preocupações em jogo, assim como afirmativas reasseguradoras da legitimidade dessas expressões para reduzir os sentimentos de isolamento do paciente e familiares, expressar solidariedade e validar seus sentimentos e pensamentos.

Etapa 6: resumindo e traçando estratégias

- Resumir as principais questões abordadas e traçar uma estratégia ou um plano de tratamento para o futuro para ajudar os pacientes a sentirem-se menos ansiosos e inseguros;
- Antes de discutir um plano de tratamento, perguntar aos pacientes se eles estão prontos para essa discussão e se aquele é o momento;
- Compartilhar responsabilidades na tomada de decisão com o paciente (o que pode também reduzir qualquer sensação de fracasso da parte do médico quando o tratamento não é bem sucedido);
- Avaliar o não entendimento dos pacientes sobre a discussão, prevenindo sua tendência a superestimarem a eficácia ou não compreenderem o propósito do tratamento;
- Ser honesto sem destruir a esperança ou a vontade de viver dos pacientes.